

PASIENTRETTIGHETSLOVEN -OM LOVEN, KLAGER OG KUNNSKAP



Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 672
Leveringsfrist: 25.11.2009

Til sammen 17716 ord

19.11.2009

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>OM LOVEN, KLAGER OG KUNNSKAP</u>	<u>1</u>
1.1	Innledning	1
1.1.1	Hva er fokus i denne drøftelsen av pasientrettighetsloven?	2
1.1.2	Dataenes kvalitet	3
1.1.3	Svarene fra undersøkelsen	3
1.2	Om pasientrettighetsloven og funnene i undersøkelsen	4
1.2.1	Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse	4
1.2.2	Virkeområde	7
1.2.3	Definisjoner etter pasientrettighetsloven	7
1.2.4	Henvendelsesgrunner og rettighetsklager	10
1.2.5	Rett til nødvendig helsehjelp	11
1.2.6	Rett til medvirkning og informasjon	20
1.2.7	Samtykke til helsehjelp	33
1.2.8	Rett til individuell plan	49
1.2.9	Pasientens rett til journalinnsyn	52
1.2.10	Om klage	57
1.2.11	Pasientens rett til å henvende seg til pasient- og brukerombud	60
1.3	Oppsummering	63
<u>2</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>65</u>

1 Om loven, klager og kunnskap

1.1 Innledning

Før vi fikk pasientrettighetsloven i 1999 hadde vi ingen ”ren” rettighetslov for pasienter, men kun profesjonslover som påla ulike helsepersonell plikter overfor pasienter. I 1927 fikk vi vår første legelov som omhandlet legenes rettigheter og plikter. En ny legelov kom i 1980 som påla legene flere plikter, som igjen ga noen rettigheter for pasienter.

Den første ”rene” pasientrettigheten fikk vi i kommunehelsetjenesteloven av 1982. I lovens § 2-1 fikk enhver rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

I 1999 kom det flere store lover på helserettens område. Vi fikk helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Med helsepersonelloven ble hva som skulle bli ansett som helsepersonell betydelig utvidet. Mens vi før kun hadde profesjonslover som gjaldt for leger, jordmødre og tannleger, fikk vi nå i helsepersonelloven § 48 en hel liste med profesjoner som skulle anses som helsepersonell. Også pasienters rettigheter ble mye sterkere ved at vi fikk en egen pasientrettighetslov.

Regjeringen uttalte følgende i forarbeidene til loven: ” De nye helselovene er et ledd i regjeringens arbeid for å fremme en helse- og velferdspolitikkk bygd på respekten for menneskeverdet, rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester og en styrket rettsstilling for den som trenger tjenestene. Samlet skal de nye helselovene gi et moderne rammeverk for utviklingen av et nasjonalt helsetilbud som er rasjonelt drevet, har god kvalitet og står i tjeneste for enkeltmennesket... Det nye lovverket skal bidra til å fremme en organisering som gir bedre koordinering av ressursbruken og sterkere fokus på pasienten”. (ot.prp. nr 12,1998-1999 s. 11).

I følge forarbeidene skal den nye pasientrettighetsloven bidra til at pasienter får en økt kunnskap om sine rettigheter. Under avsnittet om behovet til ny lovgiving, sier lovgiver: ”En samlet lov om pasientrettigheter vil, for pasienters vedkommende, kunne bedre tilgjengeligheten og kunnskapen om egne rettigheter. Kunnskap om egne rettigheter er et viktig bidrag til å styrke pasientenes rettsikkerhet i deres møte med helsetjenesten.” (Ot.prp. nr 12 1998-1999 s. 26). Rettsikkerhetsaspektet er også understreket på s. 30 hvor det står følgende: ” Rettighetsfestingen vil innebære en mulighet til å klage over avgjørelser, og en mulighet til å prøve saken for domstolene. Muligheten for klage- og domsstolbehandling vil kunne brukes av pasienten som brekkstang overfor helsetjenesten til å oppnå det tjenestetilbudet pasienten ønsker. På denne måten kan rettighetsfesting bidra til større trygghet og forutsigbarhet for den enkelte, og redusere risikoen for vilkårlig forskjellsbehandling. Dette rettsikkerhetsaspektet er antakelig det viktigste argumentet for en rettighetsfesting.”

1.1.1 Hva er fokus i denne drøftelsen av pasientrettighetsloven?

Mitt hovedfokus er om intensjonene i forarbeidet til loven kan sies å være oppfylt i løpet av lovens 10 første år. Har pasienter fått en økt kunnskap om sine rettigheter? Kan en si denne rettighetsfestingen har bidratt til større trygghet og forutsigbarhet, samt redusert risikoen for vilkårlig forskjellsbehandling?

Pasienten har fått en lovfestet rettighet. Derfor har jeg tenkt: Kjenner vanlige folk til denne loven? Kjenner helsepersonell til denne loven? I forbindelse med starten på mastergradsoppgaven, har jeg spurt vanlige folk i ulike anledninger og sammenhenger, på en uformell måte: ”Kjenner du til, eller har du hørt om pasientrettighetsloven?” Om så: ”Vet du hvilke rettigheter du har i forhold til denne som pasient?” Noen har ikke hørt om den, men de fleste skjønner ut fra spørsmålene mine, at det eksisterer en pasientrettighetslov. Derimot er det kun et fåtall som har liten, eller litt greie på hvilke rettigheter den egentlig gir en som pasient.

Svarene fra ”folk flest” var ikke overraskende. Men hva kan helsepersonell om pasientrettighetsloven?

Jeg har studert statistikker over henvendelsesgrunner fra pasient- og brukerombudene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt rettighetsklager som har kommet inn til Helsetilsynet Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Har også sammenlignet disse statistikkene med statistikker som omfattet hele landet. Det er viktig å merke seg at pasient- og brukerombudene opererer med begrepet ”henvendelsesgrunner” i sine statistikker. Disse tallene omfatter både forespørsler, de tilfeller det er blitt gitt råd og veiledning, og saker. Spørreskjema for helsepersonell som er brukt i oppgaven, tar utgangspunkt i disse statistikkene. Aktuelle rettigheter og resultatene drøftes under.

1.1.2 Dataenes kvalitet

Av ulike årsaker er tallmaterialet mitt på 20 informanter. Jeg hadde avtaler som skulle sikret meg 2 – 3 ganger så mange informanter. Uten å drøfte grunnene til dette her, mener jeg at dette antallet gjør konklusjonene mine mindre sikre.

Ingen av informantene har kjent til spørsmålene før undersøkelsen, og jeg har vært til stede i rommet hvor undersøkelsen har blitt besvart. Dette mener jeg har vært en sikkerhet for at svarene representerer informantenes kunnskaper på undersøkelsestidspunktet.

Svarene er innhentet fra fire sykehjem/ aldershjem i fire ulike kommuner i Trøndelag.

1.1.3 Svarene fra undersøkelsen

Svarene er både kommentert og hvor det har vært naturlig blitt gjengitt prosentvis som:

Godkjent – Middels – Vagt – Ikke godkjent – Blankt

Godkjent betyr at svarene var riktige, eller at svarene i stor grad var riktige.

Middels betyr at svarene var noe riktige, men at svarene også var delvis feilaktige.

Vagt betyr at informanten var inne på noe i riktig retning, men at svarene var mer feil enn riktig.

Ikke godkjent betyr at svarene var feil etter min vurdering.

Blankt betyr at informantene ikke hadde svart på dette spørsmålet.

1.2 Om pasientrettighetsloven og funnene i undersøkelsen

1.2.1 Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse

Pasientrettighetsloven bygger på det prinsipp at helsetjenesten først og fremst skal lede til bedre helse og livskvalitet blant befolkningen. (Ot.prp. nr. 12, 1998-1999 s. 33). Følgende er sagt i forarbeidene; ” En lov som samler rettigheter for pasienter tar utgangspunkt i pasientene som rettighetsinnehavere og ikke helsetjenesten som sådan. Som statens helsetilsyn påpeker bygger loven i stor grad på prinsippet om at pasienten er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys. Helsepersonell og beslutningstakere må sette pasienten først, pasientens menneskeverd, integritet og selvbestemmelse er grunnleggende verdier i de fleste lovens bestemmelser. Formålsbestemmelsen bør derfor fremheve forholdet mellom pasient og helsevesen, og sette fokus på pasienten”. (Ot.prp. nr 12, 1998-1999 s. 33).

Lovens formålsbestemmelse fikk følgende ordlyd: ” Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”.

Det kommer helt klart frem at det er en styrking av pasientens rettssikkerhet som er hovedformålet med denne loven. I tillegg skal den sikre pasienten en helsehjelp av god kvalitet. Dette må ses i sammenheng men helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven § 4. Ifølge denne bestemmelsen skal helsepersonell ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Helsepersonell skal i tillegg vite sine faglige begrensninger, og om nødvendig innhente bistand fra andre eller henvise pasienten videre om dette anses nødvendig.

Asbjørn Kjønstad har i sin bok Helserett (2.utgave, 1.opplag 2007) s. 231 satt opp en modell som viser hvor grensen mellom helsehjelp av god og dårlig kvalitet som igjen er

grensen mellom forsvarlig og uforsvarlig helsehjelp. I denne modellen har Kjønstad delt helsehjelpen inne i 9 graderinger av helsehjelp, og stilt opp som følgende:

- Svært bra helsehjelp
- Meget bra helsehjelp
- Bra helsehjelp
- Nokså bra helsehjelp
- Dårlig helsehjelp
- Simpel uaktsomhet
- Grov uaktsomhet
- Forsettlig skadeforvoldelse
- Overlagt skadeforvoldelse

Kjønstad mener minstestandarden for forsvarlighet går ved nokså bra helsehjelp, alt under dette er uforsvarlig. Jeg er enig i at dette må være en minstestandard, men at helsehjelpen bør ligge på et høyere nivå enn dette. En tolkning av forarbeidene og pasientrettighetslovens formålsbestemmelse tilsier klart at lovgiver hadde en ambisjon om en høyere standard på helsehjelpen enn ”nokså bra helsehjelp”. Etter min mening, og ut i fra lovgivers intensjon, bør kvaliteten på helsehjelpen ligge et sted mellom bra helsehjelp og meget bra helsehjelp. Å sette den høyere vil etter min mening være urealistisk, og kun aktuelt i en idealverden. Helsepersonell er tross alt kun mennesker og det er menneskelig å gjøre noen feil.

Hvilket nivå er det på helseinstitusjonene etter helsepersonells oppfatning? Svarene fra undersøkelsen var:

Tabell 1. Hva er din mening? Hvor god helsehjelp mener du at det gis på din arbeidsplass?(svar i %.)

Svar	%
Svært bra helsehjelp	5
Meget bra helsehjelp	60
Bra helsehjelp	25
Nokså bra helsehjelp	10
Dårlig helsehjelp	0
Simpel uaktsomhet	0
Grov uaktsomhet	0
Forsettlig skadeforvoldelse	0
Overlagt skadeforvoldelse	0
Sum	100

Som tabellen over viser, mente hele 60 % at det ble ytet meget bra helsehjelp på deres arbeidsplass. 25 % mente at det ble ytet bra helsehjelp. 10 % mente det ble ytet nokså bra helsehjelp, mens 5 % mente det ble ytet svært bra helsehjelp.

For de som hadde satt kryss ved meget bra og svært bra helsehjelp, var begrunnelsene ganske like. De mente at det var bra kompetanse på helsepersonellet som jobbet ved arbeidsplassen, og at de hadde god tid til hver enkelt pasient, slik at de kunne yte den omsorg som de mener er behøvelig. Flere begrunnet det også med god ledelse og godt samarbeid mellom ansatte.

De som satte kryss ved nokså bra eller bra helsehjelp, hadde også begrunnelser som var i samsvar med hverandre. De mente at pasienten stort sett fikk den behandlingen de trengte, men ikke noe utover dette, som for eksempel aktivisering. Grunnene for dette mente helsepersonellet var på grunn av manglende økonomiske ressurser, og for liten tid.

1.2.2 Virkeområde

Pasientrettighetsloven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Her kan det i forskrift gjøres unntak for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke oppholder seg fast i riket. Det kan også i forskrift fastsettes hvordan denne lov skal få anvendelse for Svalbard og Jan Mayen. Loven kan også, gjennom forskrift, få anvendelse for ”personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartsfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel”.

Pasientrettighetsloven gjelder også for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven § 1-5. Unntaket hvor annet er bestemt i særlige bestemmelser i psykisk helsevernloven.

1.2.3 Definisjoner etter pasientrettighetsloven

I pasientrettighetsloven § 1-3 er det inntatt definisjoner av hva som faller inn under de forskjellige begreper som loven omfatter.

Pasient

Ifølge lovteksten er dette en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr hjelp i det enkelte tilfelle.

Forarbeidene (Ot.prp. nr 12. 1998-1999 s. 34) understreker at begrepet pasient er et rettslig begrep, som angir hvem som er rettighetshavere etter loven. Den naturlige forståelse av begrepet pasient er at det her dreier seg om en syk person, men med ”pasient” menes også ”friske” personer som bruker helsetjeneste for eksempel gravide.

Pasientens nærmeste pårørende

I loven defineres pasientens nærmeste pårørende slik: ”den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig eller løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap

med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.”

Hvem som skal anses som nærmeste pårørende etter denne loven må vurderes nøye. Dette fordi loven har flere bestemmelser som gjelder for nærmeste pårørende, for eksempel pårørendes rett til informasjon og bestemmelsene hvor nærmeste pårørende skal høres ved pasienters manglende samtykkekompetanse. Siden nærmeste pårørende berøres av loven i så stor grad, kan ikke tolkningen av hvem dette er være vilkårlig. Et eksempel er begrepet samboer. Med samboer skal ikke forstås ethvert samboerpar, her skal kun de som har et stabilt og langvarig samboerforhold falle under definisjonen (Ot.prp.nr.12, 1998-1999 s. 35).

I de tilfeller pasienten selv velger nærmeste pårørende, bør dette være en av de som er nærmest knyttet til pasienten. Er ikke pasienten selv i stand til å velge, skal rekkefølgen over oppstillingen følges, med mindre en person lengre ut i listen har nærmere tilknytning til pasienten enn de forestående (Ot.prp. nr.12, 1998-1999 s. 36).

Helsehjelp

Helsehjelp defineres slik:” handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell”. Altså alle sider av helsehjelpen faller inn under definisjonen. Også her omfatter begrepet ”friske” pasienter, som for eksempel helsetjenester ved graviditet. Definisjonen av begrepet skal i følge forarbeidene være vid. Om definisjonen skal tolkes så vidt at det også omfatter helsehjelp pasienten utfører på seg selv, skal i følge forarbeidene bero på om pasienten eller andre private handler på vegne av helsepersonell. Dette fordi

pasientrettighetsloven kun regulerer forholdet mellom pasienter og helsevesen/helsepersonell (Ot.prp. 12, 1998-1999 s. 37).

Helsetjenesten

Loven stiller opp 3 grupper helsetjeneste som faller inn under begrepet i denne loven: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Siden helsetjenesten er pliktsubjektet i de fleste bestemmelsene i pasientrettighetsloven, er det viktig å presisere hvem dette er. Pasientrettighetsloven gjelder kun for offentlige helsetjenester eller private helseinstitusjoner som har avtale med stat eller fylke. Dette fordi de private helseinstitusjonene ikke kan pålegges plikt til å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester. Dersom pasienten likevel skulle velge en privat institusjon kan han eller hun ikke påberope seg pasientrettighetsloven dersom de for eksempel ikke har fått fornyet vurdering (Ot.prp. nr12, 1998-1999 s. 38).

Helsepersonell

Hva som skal anses som helsepersonell etter pasientrettighetsloven, følger av helsepersonelloven § 3. Hvem som anses som helsepersonell etter denne loven er personell som har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 eller lisens etter § 49. I tillegg faller personell i helsetjenesten eller i apotek som utfører handlinger som er nevnt i bestemmelsens tredje ledd, inn under begrepet. Dette er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Også elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører de handlinger som er nevnt i tredje ledd, betegnes som helsepersonell.

I tillegg kan departementet jf andre ledd i bestemmelsen, igjennom forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for annet personell som ikke er angitt i bestemmelsens første ledd.

1.2.4 Henvendelsesgrunner og rettighetsklager

Som nevnt over har jeg studert statistikker over henvendelsesgrunner fra pasient- og brukerombudene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt rettighetsklager som har kommet inn til Helsetilsynet Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

Helsetilsynet i de enkelte fylker er underlagt Statens Helsetilsyn. Det har blant annet som oppgave å føre tilsyn med helsetjenesten, behandle tilsynssaker og behandle rettighetsklager som gjelder befolkningens rett til helsetjenester etter blant annet pasientrettighetsloven. I 2008 mottok Helsetilsynet i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag klager på følgende områder av pasientrettighetsloven. Fordi det var litt ulikheter mellom fylkene gjengis de i ukronologisk rekkefølge:

Rett til nødvendighelsehjelp, herunder rett til helsehjelp fra primærhelsetjenesten og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Rett til vurdering og fornyet vurdering

Rett til valg av sykehus

Rett til individuell plan

Rett til syketransport

Rett til medvirkning

Reglene om samtykke

Barns rettigheter

Pasient- og brukerombudet er et selvstendig og uavhengig organ som blant annet har som formål å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og sosialtjenesten. I 2008 mottok pasient- og brukerombudene i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag henvendelser på følgende områder av pasientrettighetsloven. Også her i ukronologisk rekkefølge:

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Retten til informasjon

Retten til medvirkning

Retten til samtykke

Retten til vurdering og fornyet vurdering

Retten til journalinnsyn, herunder retting og sletting

Individuell plan

Individuell behandlingsfrist

Retten til syke transport

De rettighetene som drøftes i avhandlingen, er valgt ut på grunnlag av aktualitet, antall henvendelser og klager, eller fordi det har blitt brukt store ressurser på opplæring på området.

1.2.5 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienters rett til nødvendig helsehjelp er den pasientrettigheten som det er klart mest henvendelser om til pasient- og brukerombudene på landsbasis. Hele 25 % av klagene på landsbasis omhandler retten til nødvendig helsehjelp (2008). Dette stemmer godt over ens med tallene fra Helsetilsynet Sør- Trøndelag og Pasient- og brukerombudet i Sør-Trøndelag, hvor det også her var mest klager over retten til nødvendig helsehjelp. Hos Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag var dette klaget nest mest på.

I årsrapporten fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag var det i 2007 23 henvendelser angående rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. I 2008 økte antall slike henvendelser til 53.

I Pasient- og brukerombudets årsrapport 2008 fra Sør-Trøndelag dreier hele 126 henvendelser av 402 seg om nødvendig helsehjelp.

I Helsetilsynets årsrapport fra 2007 var det i Sør-Trøndelag 65 rettighetsklager, hvor 31 omhandler retten til helsehjelp. Av disse var det 28 klager vedrørende retten til spesialisthelsetjeneste, mens kun 3 omhandler retten til nødvendig helsehjelp i fra primærhelsetjenesten. I 2008 sank tallet ned til totalt 22 klager om retten til helsehjelp av

totalt 66. 20 av disse dreide seg om hjelp fra spesialisthelsetjenesten, mens 2 saker omhandlet primærhelsetjenesten.

Pasienters rett til nødvendig helsehjelp reguleres i pasientrettighetsloven § 2-1. Denne rettigheten kan igjen deles inn i tre deler:

- 1) rett til øyeblikkelig hjelp,
- 2) rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten
- 3) rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

For hver av disse delene er det forskjellige vilkår som må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til dem. I tillegg er også hvem som er forpliktet til å yte helsehjelpen forskjellig etter hvilken helsehjelp det dreier seg om. Dette blir redegjort for nedenfor.

Siden det ikke kom inne verken henvendelser eller klager på retten til øyeblikkelig hjelp, redegjør jeg ikke for denne rettigheten i avhandlingen.

1.2.5.1 Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i fra kommunehelsetjenesten. Dette følger både av pasientrettighetsloven § 2-1, første ledd og kommunehelsetjenesteloven § 2-1. I følge kommunehelsetjenesteloven § 2-1 har enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, rett til nødvendig helsehjelp. Hva omfattes så av begrepet ”nødvendig helsehjelp”?

I forarbeidene er det ikke gitt noe klart svar om hva som skal omfattes av begrepet. I Ot.prp. nr 66 1981-1982 s.31 står det at hjelpeplikten skal være begrenset til det som er mulig med tanke på økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr. Det sies også at man må ha en viss minstestandard for helsehjelpen. Hvor denne minstestandarden skal settes, har lovgiver overlatt til praksis.

Høyesterett satte en slik minstestandard i Fusa-dommen (Rt. 1990 s 874). Spørsmålet i denne saken var om kommunen kunne redusere tilbudet om hjemmehjelp til en sterkt pleietrengende pasient, på grunn av økonomiske innsparinger i kommunen. Høyesterett sa her at helsehjelpen ble så vesentlig redusert og at dette igjen ville gå så kraftig utover pasientens livsviktige behov for stell og pleie, at det ikke kunne kuttet i pasientens ytelser begrunnet i kommunens økonomi. Man kan ut i fra dette forstå at minstestandarden for helsehjelp går ved livsviktig behov for stell og pleie, og at kommunen ikke kan nekte helsehjelp på grunnlag av økonomi i slike tilfeller.

I følge Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 39 må det bero på skjønn og en helhetsvurdering av flere momenter for å fastsette pasientens rett til nødvendig helsehjelp. I helhetsvurderingen skal det blant annet tas hensyn til pasientens behov, effekt og nytte av behandlingen osv.

1.2.5.1.1 Hvem har ansvaret for denne helsehjelpen?

Kommunehelsetjenesteloven § 1-1 lyder: ”landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”. Her er det kommunene som sådan som har ansvaret for helsehjelpen, ikke hvert enkelt helsepersonell. Men kommunens ansvar rekker ikke lengre enn de tjenester som kommunen er forpliktet til å ha etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3, jf. Ot.prp. nr. 12, (1998-1999) s. 39.

1.2.5.2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det er på dette området det har kommet flest henvendelser og klager inn til pasient- og brukerombud og helsetilsynet. Siden min spørreundersøkelse ikke omfattet spesialisthelsetjenesten, har jeg ingen spørsmål fra undersøkelsen knyttet til denne rettigheten. Jeg velger likevel å redegjøre for denne bestemmelsen, siden den er svært aktuell.

Hva som skal forstås som spesialisthelsetjeneste er i forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven beskrevet slik: ”spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå” (Ot.prp. nr. 10, 1998-1999 s. 24).

Retten til helsehjelp i fra spesialisthelsetjenesten ble først vedtatt i 1999 sammen med resten av pasientrettighetsloven. Men ble endret ved endringslov 12. Desember 2003 nr. 110. Før var retten begrenset til å gjelde rett til behandling fra helseforetak som var offentlig finansierte eller andre tjenesteytere som disse helseforetakene hadde avtale med, jf tidligere § 2-1 fjerde ledd i pasientrettighetsloven. I tillegg var retten begrenset innenfor den kapasitet og økonomiske ressurser det aktuelle foretaket hadde, jf. Ot.prp. nr 63 (2002-2003), s 29. Dette førte til at pasientens rett til helsehjelp varierte etter hvilket helseforetak man fikk vurderingen av. Dette var i strid med formålet med loven, som var å sikre pasienter lik behandling av god kvalitet, og en rettsikkerhet for pasienten. Loven skulle være et maktmiddel som pasienter kunne bruke for å kreve grunnleggende helsetjenester ved behov. (Ot.prp. nr 63 2002-2003 s. 26). Derfor ble loven endret i 2003, og en subsidiær rett til helsehjelp og rett til individuell behandlingsfrist ble innført. Disse nye rettighetene vil det bli nærmere redegjort for nedenfor.

1.2.5.2.1 Hvem har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten?

I følge pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd er det pasienten som har rett til nødvendig helsehjelp i fra spesialisthelsetjenesten. Men pasientbegrepet i denne bestemmelsen er snevret inn mye i forhold til retten til helsehjelp etter første ledd.

Prioriteringsforskriften § 1 (forskrift av 1.desember 2000 nr. 1208) sier at pasientrettighetsloven § 2-1, med unntak av første ledd, ”gjelder bare for personer som enten har fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter)”.

1.2.5.2.2 Når har pasienten rett på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten?

Etter bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp i fra spesialisthelsetjenesten. Hva som omfattes av begrepet ”nødvendig helsehjelp” er i forarbeidene (Ot.prp. nr 63 2002-2003 s 26) beskrevet slik: ”helsetjenester som ytes av helsepersonell og som har forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende og pleiende og omsorgsgivende formål og som de

regionale helseforetakene har plikt til å sørge for”. I tillegg må pasienten ha forventet nytte av helsehjelpen, og det må foretas en cost-benefit vurdering, der man vurderer om kostnadene av helsehjelpen står i rimelig forhold til helsehjelpens effekt. Nærmere vilkår som må være oppfylt for at pasienten har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, finnes i prioriteringsforskriften.

1.2.5.2.3 Nærmere om prioritering og prioriteringsforskriften

Det er i prioriteringsforskriftens § 3 stilt opp tre vilkår som alle må være oppfylt for at pasienten skal få rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Disse vilkårene bygger på den prioriteringsrangeringen som Lønning II-utvalget oppstiller i NOU 1997:18 pkt. 2,7. Her foreslo utvalget at det skal deles opp følgende fire prioritetsgrupper:

- I. Grunnleggende helsetjenester
- II. Utfyllende tjenester
- III. Lavt prioriterte tjenester
- IV. Tilbud som ikke hører hjemme innefor det offentlig finansierte helsetilbud.

Videre er det redegjort for hva som faller inn under hver enkelt prioriteringsgruppe.

Under prioriteringsgruppe I; grunnleggende helsetjenester er det tre hovedvilkår, som igjen har tilleggsvilkår, som alle må være oppfylt.

Det første hovedvilkåret er tilstand. Her må et av tre tilleggsvilkår være oppfylt. Det første er prognosetap. I dette ligger det at risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 %. Det andre tilleggsvilkåret nedsatt fysisk eller psykisk funksjonstilstand, eller stor risiko for slik nedsettelse. Med dette menes at pasienten har varig eller strekt nedsatt evne til å utføre hverdagslige gjøremål som pasienten vanligvis gjør, som for eksempel arbeid og skole. Eller gjøremål som må forventes å kunne gjøres ut i fra pasientens aldersgruppe. Det tredje tilleggsvilkåret er at pasienten har invalidiserende smerter som ikke tilstrekkelig reduseres ved bruk av ikke-reseptbelagte medikamenter.

Det andre hovedvilkåret er forventet nytte. Her må et av fire tilleggsvilkår være oppfylt. Det første er at sjansen for 5-års overlevelse må øke med mer enn 10 %. Det andre tilleggsvilkåret er forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand. Dette betyr hel eller delvis gjenoppretelse av tidligere helsetilstand. Det tredje tilleggsvilkåret er at man reduserer smerten som fører til at pasienten får et bedre funksjonsnivå. Det fjerde tilleggsvilkåret er pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner osv, og med mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter.

Det siste hovedvilkåret er kostnadseffektivitet, som betyr at kostnadene må stå i rimelig forhold til tiltakets art.

Prioritetsgruppe II, utfyllende tjenester faller i mellom gruppe I og gruppe III. Vilkårene for denne gruppen skal ikke være like strenge som i gruppe I, men faller heller ikke under lav prioritetsgruppen.

Hva som skal anses for å ha lav prioritet (prioriteringsgruppe III), er for det første, tilstander som pasienten selv kan ta ansvar for. For det andre tilstander som kun medfører ubetydelig nedsatt funksjonsnivå, fysisk eller psykisk. For det tredje tiltak som har liten forventet nytte. Med dette menes hvor sjansen for 5-års overlevelse ikke øker med over 5 prosent, eller hvor man ikke kan oppnå en forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet. Det fjerde som anses å falle inn under denne gruppen er hvor man er usikker på den medisinske nytten, med dette menes at det foreligger svak dokumentasjon. For det femte faller tiltak som er for kostbare i forhold til nytten. Og til sist pleie og omsorg som går utover det å sikre pasientens livsfunksjoner og opprettholde pasientens normale fysiske og sosiale aktivitetsnivå.

Den siste gruppen er tiltak som ikke skal finansieres av det offentlige (prioriteringsgruppe IV). Med dette menes for det første tiltak som er dokumentert ikke å ha virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerte. For det andre menes tilstander som etter den allmenne oppfatning ikke anses som sykdom. For det tredje tiltak med høy risiko. For det

fjerde tiltak som har ekstremt høye kostnader i forhold til tiltakets nytte. Og til sist tiltak som er uetisk å utføre.

Vilkårene som følger av prioriteringsforskriften § 2 (forskrift 1. desember 2000 nr. 1208), bygger som tidligere nevnt på Lønning II utvalgets forslag til prioritering. Etter denne bestemmelsen har man rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som følger av pasientrettighetsloven § 2-1 dersom man har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Hva som skal legges i dette er definert i forskriftens § 2, annet ledd, hvor det står ”med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasienten uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner” eller ”nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Det andre vilkåret er at pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen, med unntak fra § 3, annet ledd. Hva som menes med forventet nytte er definert i bestemmelsens tredje ledd, som sier: ”med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde og livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Det tredje vilkåret er at kostnadene må stå i rimelig forhold til tiltakets effekt. Dette er kumulative vilkår, altså alle må være oppfylt for at retten skal inntre.

1.2.5.2.4 Individuell behandlingsfrist

Det skal fastsettes en frist for når en pasient, som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, senest skal få helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd. I følge loven skal denne fristen settes ut i fra når det er faglig forsvarlig at helsehjelpen senest blir gitt.

Bestemmelsen om individuell behandlingsfrist kom inn i pasientrettighetsloven ved endringslov 12.desember 2003 nr.110. Dette for å styrke pasienters rettstilling ved at de kunne kreve sin rett oppfylt innen en gitt frist (Ot.prp. nr. 63 2002-2003 s. 37).

Fristen skal settes ut i fra en medisinsk forsvarlighetsvurdering, som tar utgangspunkt i pasientens individuelle behov og ut i fra klinisk skjønn, jf. Ot.prp. nr 63 (2002-2003) s. 38.

Det er ikke noe i veien for at pasienten får behandling tidligere dersom det oppstår ledig kapasitet. Dersom pasientens helsetilstand endrer seg slik at det vil være uforsvarlig å vente til den fastsatte fristen, skal pasienten få behandling før fristen. Man kan altså fremskynde fristen, men det er ikke anledning til å forlenge fristen, selv om det er faglig forsvarlig at pasienten venter lengre med å motta behandling, jf. Ot.prp. nr 63 (2002-2003) s.38.

Det kan igjennom forskrift settes nærmere bestemmelse om fastsettelse og informasjon om tidsfrist for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet, jf.§ 2-1, 6.ledd.

1.2.5.2.5 Pasientens subsidiære rett til helsehjelp

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke overholder den fastsatte fristen, har pasienten rett til å motta helsehjelpen uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter i utlandet, jf pasientrettighetsloven § 2-1, fjerde ledd. Denne bestemmelsen kom ved endringslov 12.desember 2003 nr. 110. For at pasienten skal ha rett til dette, må det allerede være slått fast at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Siden et av vilkårene for å få denne retten er en ”cost-benefit” vurdering, må det ved den subsidiære helsehjelpen settes en høyere grense for kostnadene i forhold til nytten. Dette fordi den subsidiære helsehjelpen som regel er dyrere, men tanke på blant annet reise- og behandlingsutgifter, jf. Ot.prp. nr 63 (2002-2003) s. 39.

Det er det regionale helseforetaket som har ansvaret for helsehjelpen, selv om denne blir ytet av en privat tjenesteyter, eller en tjenesteyter i utlandet. Dette fordi helseforetakets ansvarsregler ikke blir endret ved slike tilfeller. Det er også det regionale helseforetaket som skal betale for den subsidiære helsehjelpen, jf. Ot.prp. nr 63 (2002-2003) s 61.

Nærmere om hvordan fremgangen skal være ved brudd på den individuelle behandlingsfristen, finner man i prioriteringsforskriftens § 6. Pasienten kan her henvende seg direkte til det organ som Helsedirektoratet bestemmer, som igjen skal skaffe pasienten et tilbud uten opphold, i fra offentlig tjenesteyter, eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket eller i utlandet. Pasienten kan ikke selv velge fritt hvilken tjenesteyter han vil ha.

1.2.5.2.6 Hvem har ansvaret for helsehjelpen?

Det er staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette ansvaret er igjen fordelt på de regionale helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Vi har i dag 5 regionale helseforetak i Norge. Disse er statlig eid, men er egne pliktsubjekter jf. helseforetaksloven § 6. I Ot.prp. nr.66 (2000-2001) s. 163 står følgende: ” De regionale helseforetakene får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsetninger og beslutninger. Dette innebærer at de regionale helseforetakene får et ansvar for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen”.

Dette innebærer en todeling i ansvaret, som er i samsvar med Lønning II utvalgets deling mellom førsteordens og andreordens prioritetsbeslutninger. (NOU 1997:18, pkt. 2-1.)

Staten, som er førsteordensbeslutter, bestemmer politisk hva som skal prioriteres og gir økonomiske ressurser til helseforetakene ut i fra dette. Deretter må helseforetakene, som er andreordensbeslutter, beslutte hvordan disse midlene skal fordeles.

Helsetjenesten er pliktig til å gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger som vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Dette følger av pasientrettighetsloven § 2-1, tredje ledd.

1.2.5.2.7 Pasientens rett til behandling i utlandet

Pasienten har rett til behandling i utlandet dersom det ikke finnes et adekvat behandlingstilbud her i Norge, jf. § 2-1, femte ledd. Her har pasienten rett til nødvendig helsehjelp innen den fastsatte fristen etter annet ledd. Denne retten gjelder ikke i de tilfeller hvor tilbudet finnes i Norge, men tilbudet i utlandet er bedre. Å unngå lange ventelister er

heller ikke grunn nok til å få behandling i utlandet. Utgiftene til denne helsehjelpen skal dekkes av det regionale helseforetaket.

I prioritetsforskriften er det gitt mer utfyllende bestemmelser om behandling i utlandet når adekvat behandling ikke finnes i Norge. Forskriftens § 3, andre setning lyder: ”Det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres forsvarlig av tjenesteyter i utlandet etter akseptert metode og at pasientens tilstand og den aktuelle behandlingen tilfredsstiller kravene i § 2” (forskriftens § 2). Hvilke krav dette er har jeg omtalt ovenfor. Unntaket er hvor det i spesielle tilfeller er pasienter som har en spesiell sykdomstilstand. Da kan pasienten få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet selv om ikke vilkårene i forskriftens § 2 første ledd nr. 2 og § 2, tredje ledd er oppfylt.

Forsendelse av laboratorieprøver for analyse ved utenlandsk tjenesteyter som ikke er en del av behandlingen i utlandet, omfattes ikke av retten til behandling i utenfor riket.

1.2.6 Rett til medvirkning og informasjon

Det område som det er nest mest henvendelser og klager på, er pasientens rett til medvirkning, samtykke og informasjon.

1.2.6.1 Pasientens rett til medvirkning

1.2.6.1.1 Hensyn bak retten til medvirkning

Grunnlaget for pasientens medbestemmelse er prinsippet om at sykdom helsebreddes ikke av leger, men ved legers hjelp. Et annet viktig argument for pasienter medvirkning er respekten for den enkeltes liv og integritet. Selv om en person blir pasient, skal ikke dette innebære at man mister retten til å bestemme over eget liv, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 65.

Et annet moment som kommer frem av forarbeidene til loven er at pasienters medvirkning vil være med på å bidra til en mer effektiv helsehjelp. Det er også større sjanse for å oppnå

gode resultater dersom pasienter får medvirke, enn om pasienten får en helsehjelp vedkommende ikke er komfortabel med, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.65.

1.2.6.1.2 Hvem har rett til å medvirke?

Pasient har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven § 3-1. Pasienten bestemmer selv om han vil medvirke eller ikke, og må selv uttrykke overfor helsepersonellet dersom han ønsker dette, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.66.

Retten til medvirkning må tilpasses pasientens individuelle forutsetninger, jf. § 3-1. Selv om pasientens individuelle forutsetninger er dårlige, skal han eller hun kunne medvirke så langt dette lar seg gjøre. Dersom pasienten er mindreårig, skal det legges vekt på barnets mening ut i fra barnets modenhet og alder, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.66.

Er ikke pasienten samtykkekompetent, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. § 3-1, annet ledd.

1.2.6.1.3 Hvor langt rekker medvirkningsretten?

Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder jf. § 3-1, første ledd. Retten til å medvirke henger nært sammen med retten til informasjon. Det er derfor nødvendig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om de forskjellige undersøkelses og behandlingsmetoder som er aktuelle, slik at han kan velge det alternativet som passer best for ham. Pasienten har rett på informasjon om bivirkninger, risiko, hvor langvarig og smertefull osv. en eventuell behandling kan bli, jf. informasjon nedenfor.

Pasienten bestemmer selv i hvilken grad han eller hun vil medvirke, og helsepersonells ansvar for forsvarlig behandling faller ikke bort selv om det er pasienten som har valgt undersøkelse eller behandlingsmetode. Helsepersonell har ansvar for at pasienten velger et tiltak som er forsvarlig, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 128.

Pasientens rett til medvirkning innebærer ikke at vedkommende kan velge fritt mellom hvilken som helst forsvarlig helsehjelp. Medvirkningsretten innebærer som oftest at pasienten har valget mellom for eksempel en lang og nesten smertefri behandling, eller en kort og smertefull behandling. Dette kan være et vanskelig valg for en pasient å ta, derfor skjerpes helsepersonells informasjonsplikt i slike tilfeller. Helsepersonellet er de som er ekspertene innenfor medisin, og skal derfor informere pasienten om hvilken metode som er å foretrekke, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.128.

Retten til medvirkning omfatter også retten til selv å bestemme hvem som skal være tilstede under helsehjelpen. Pasienten kan for eksempel velge å ha med seg en venn eller et familiemedlem. Pasienten kan også nekte for eksempel studenter å være med. Dette kan være problematisk i forhold til studentenes læring, men respekten for pasienten veier tyngst, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.66.

Retten til medvirkning er ikke ubegrenset. Pasienten har kun rett til å velge mellom likeverdige undersøkelses- og behandlingstilbud.

Helsepersonell er de som har den faglige kunnskapen, og desto større faglig kompetanse som behøves, jo større mulighet har helsepersonellet til å bestemme hvilke metode som skal brukes. Pasientens ønske skal tillegges betydelig vekt i vurderingen, men det er helsepersonellet som tar den avgjørende beslutningen. Dette har sammenheng med at helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp ikke bortfaller selv om pasienten velger hvilke undersøkelses - behandlingsmetode som skal brukes. Helsepersonell kan derfor velge en metode som er mer forsvarlig og ressursøkonomisk enn den pasienten selv har valgt, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.66.

Er ikke pasienten fornøyd med den metoden helsepersonellet har valgt, kan han benytte seg av retten til fornyet vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-3. Retten til medvirkning gjelder både for somatisk medisin og for psykisk helsevern.

Jeg spurte helsepersonellet:

Tabell 2. Kan pasienter på din avdeling velge en annen type behandling enn den som dere helsepersonell mener er den beste for pasienten? Begrunn svaret. (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	60	5	10	10	15	100

60 % svarte at pasienten selv kunne bestemme hvilken behandling han ville ha. Noen få svarte til og med at dette måtte avgjøres ut i fra om behandlingsmetodene var likestilte ressursmessig og i forhold til forsvarlighetskravet.

Flere svarte at demente ikke hadde rett til å velge en annen type behandling. Viktig å presisere at å være dement ikke i seg selv gjør at en mister medvirkningsretten.

Helsepersonellet skal tilrettelegge best mulig for at pasienten selv får bestemme, og dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, så skal nærmeste pårørende medvirke sammen med pasienten. Jeg mener pasientens ønske må være med i vurderingen om hvilken helsehjelp som skal ytes, selv om pasienten er dement. Hvor stor betydning en dement pasients ønske skal ha, må bero på helsehjelpens art, og hvor alvorlig tilfellet av demens pasienten har.

En av informantene svarte at pasienten ikke hadde rett til å velge en annen type behandling på kommunehelsetjeneste nivå. Dette er feil. Pasientens rett til å medvirke gjelder for all type helsehjelp, på alle typer helsetjenester.

Den viktigste faktoren for at medvirkning til egen behandling skal fungere godt er informasjon. Et spørsmål om dette:

Tabell 3. Hva tror du er de viktigste faktorene for at medvirkning til egen behandling skal fungere godt? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	60	25	0	0	15	100

De fleste svarte her at informasjon og kommunikasjon var avgjørende faktorer for at medvirkning til egen helsehjelp skulle fungere godt. Dette kategoriserte jeg som godkjent svar. For at pasienten skulle kunne medvirke for sin behandling på best mulig måte, er det viktig at han får informasjon og at han kan føre dialog med helsepersonellet slik at tiltaket blir mest mulig belyst. Dette vil igjen øke sannsynligheten for en vellykket helsehjelp.

De resterende svarte blant annet at tillitt, pasientens egeninnsats var viktige faktorer. Dette er også viktig for at medvirkning skal fungere optimalt, disse ble de vurdert under kategorien middels.

1.2.6.2 Pasientens rett til informasjon

1.2.6.2.1 Hensyn bak lovfesting av rett til informasjon

Før pasientrettighetslovens tid, var informasjon til pasienter en pliktregel for helsepersonell. I legeloven § 25 sto det at leger skulle gi informasjon som pasienten burde få om sin helsetilstand og behandling. Dette var en veldig diffus bestemmelse, og kunne tolkes veldig skjønnsmessig.

I forarbeidene, Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 69, er tre hensyn for lovregulering av rett til informasjon. For det første vil dette bidra til at pasienter kan ivareta sine egne interesser. For det andre er tilstrekkelig informasjon forutsetningen for at pasienten skal kunne avgi gyldig samtykke. Det tredje hensynet er at informasjon er nødvendig for pasientens rett til medvirkning. I tillegg ble følgende sagt som begrunnelse: ” Fordi nødvendig informasjon er helt sentral for gjennomføring av helsehjelp, og en forutsetning for flere av de andre

rettighetene i lovforslaget, ønsker departementet å samle informasjonsbestemmelsene i pasientrettighetsloven”.

1.2.6.2.2 Hvem har rett til informasjon?

Det er pasienten som har rett til informasjon etter pasientrettighetsloven, jf. § 3-2. Hva som defineres som pasient, se ovenfor.

Nærmeste pårørende kan få informasjon om pasientens helsetilstand og den hjelp som ytes, dersom pasienten selv samtykker til dette eller forholdene tilsier det, jf.

pasientrettighetsloven § 3-3. Dersom pasienten ikke ønsker at nærmeste pårørende skal motta informasjon, går taushetsplikten overfor pasienten foran opplysningsplikten overfor de nærmeste pårørende.

Dersom pasienten er over 16 år, men på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens, eller psykisk utviklingshemming, åpenbart ikke kan ivareta sine interesser, har både pasienten og de nærmeste pårørende rett til informasjon, jf. § 3-3, annet ledd.

I enkelte tilfeller kan det være slik at pasienten ikke er i stand til å samtykke til at nærmeste pårørende skal få informasjon, for eksempel bevisstløshet. Siden det som oftest er samsvar mellom pasientens og nærmeste pårørendes interesser, kan man gi informasjon til nærmeste pårørende ut i fra et antatt samtykke fra pasienten, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.72.

Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent, og det er nærmeste pårørende som skal treffe avgjørelsen om hvilken helsehjelp som skal ytes, har helsepersonell plikt til å gi tilstrekkelig informasjon slik at pårørende kan velge den beste helsehjelpen, jf informasjon nedenfor.

Helsepersonell har i enkelte tilfeller opplysningsplikt, eller opplysningsrett om taushetsbelagte opplysninger. Dette gjelder for eksempel ved alvorlige smittsomme sykdommer. Her kan helsepersonell etter smittevernloven gjøre et unntak fra

taushetspliktreglene, og informere personer som overveidende sannsynlig har vært eller er i alvorlig smittefare, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 72.

Informasjon som ikke omfattes av taushetspliktreglene, kan bli gitt til nærmeste pårørende eller andre, jf. helsepersonelloven § 23. Dette gjelder dersom:

- Den som får opplysningene er kjent med dem fra før.
- Hemmelighold ikke er nødvendig.
- Opplysningene er anonymisert.
- Tungtveiende private eller offentlige interesser tilsier det.
- Det i lov eller i medhold av lov ikke er uttrykkelig eller klart fastsatt at opplysningene faller under taushetsplikt.

Dersom pasienten er under 16 år, har foreldre eller andre med foreldre ansvaret rett på informasjon i tillegg til pasienten selv, jf. § 3-4, første ledd.

Er barnet mellom 12 og 16 år har det en viss bestemmelsesrett om foreldre eller andre med foreldreansvaret skal motta informasjon, jf. § 3-4, annet ledd. Hvis pasienten ikke vil at informasjon skal bli gitt av grunner som bør respekteres, skal ikke informasjon bli gitt videre. Men dersom det dreier seg om opplysninger som er nødvendig for at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal kunne oppfylle sitt foreldreansvar, skal informasjon likevel gis dersom barnet er under 18 år, jf. § 3-4, tredje ledd.

Har barnevernet overtatt omsorgen for barnet, skal barneverntjenesten ha tilsvarende informasjon som foreldrene eller andre med foreldreansvaret, jf. § 3-4, fjerde ledd.

Jeg spurte om følgende i min undersøkelse:

Tabell 4. Vi vet at pårørende, slekt og venner til en pasient, ønsker å vite hvordan det står til med pasienten. Hvem har rett til å få vite noe i en slik sammenheng? Begrunn svaret. (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	40	5	10	40	5	100

40 % svarte at nærmeste pårørende og andre har rett til informasjon når pasienten selv samtykker til dette.

Noen skrev at nærmeste pårørende hadde rett til å vite, og dersom andre ville ha informasjon, måtte dette skje med pasientens samtykke.

Resterende 40 % svarte at nærmeste pårørende hadde rett til informasjon. Nærmeste pårørende har kun rett til å få informasjon dersom pasienten samtykker til dette eller forholdene tilsier det, eller når et av unntakene som nevnt overfor, foreligger. Nærmeste pårørende har altså ikke automatisk rett til informasjon i den egenskap å være nærmeste pårørende.

Etter samtaler med pasient- og brukerombudene fremsto det at helsepersonell ga informasjon til de som ikke var berettiget til det som et problem. De hadde flere tilfeller av at for eksempel barnebarn kom for å besøke sin demente bestemor, og hvor helsepersonellet forteller barnebarnet om hva denne bestemoren har gjort som en følge av sykdommen.

1.2.6.2.3 Når skal informasjon gis?

I følge pasientrettighetsloven § 3-2, annet ledd skal ikke informasjon bli gitt til pasienten dersom dette er pasientens uttrykte vilje. Unntaket er dersom informasjon er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det følger av lov eller i medhold av lov. Ut i fra helsepersonells forsvarlighetskrav, må pasienten motta informasjon om hvilke

konsekvenser det kan medføre å ikke motta informasjon om helsehjelpen, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.70.

Informasjon skal heller ikke gis til pasienten dersom dette medfører fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten. Det samme gjelder dersom det er til skade for personer som står pasienten nær, jf. § 3-2, tredje ledd.

I forarbeidene, Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 70, er det understreket at det skal mye til for at unntakene for informasjon skal komme til anvendelse. Pasienters rett til informasjon er en grunnleggende pasientrettighet, derfor er det kun der det foreligger nødrettssituasjon at informasjon ikke skal gis.

1.2.6.2.4 Hva skal det gis informasjon om?

Pasienten har rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. § 3-2. Pasienten har rett til å motta informasjon om alle sider av helsehjelpen, både diagnose, behandling og prognose. I tillegg har pasienten rett på å få vite hvilken risiko som er forbundet med de forskjellige typer helsehjelp som tilbys, herunder både kortsiktig og langsiktig risiko, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s.69.

Retten til informasjon henger nøye sammen med reglene om retten til medvirkning og samtykke. Skal pasienten gjennom reglene om medvirkning, kunne velge den beste behandlingen, eller avlegge et gyldig samtykke etter samtykkereglene, er det helt avgjørende at pasienten har mottatt den informasjonen som er nødvendig.

Pasienten har kun rett på informasjon som omfatter pasientens helsetilstand eller helsehjelp, og omfatter ikke annen informasjon som for eksempel informasjon om sosial- og trygderettigheter, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s.70.

Pasienten har også rett på informasjon om skade eller komplikasjoner. Lovgiver skiller i forarbeidene (Ot.prp. nr 12, 1998-1999 s. 71) mellom to type tilfeller.

Det ene tilfellet er hvor helsehjelp er gitt, og hvor det enda er et behandlingsforhold mellom pasient og helsepersonell. Et typisk eksempel her er hvor en pasient har fått en skade under en operasjon, og dette vil mest sannsynlig få konsekvenser for pasienten senere. Pasienten har rett på informasjon om dette jf. pasientrettighetsloven § 3-2, fjerde ledd. Det er ikke noen krav om at skaden må være betydelig, det er tilstrekkelig at det er påført skade eller oppstått alvorlig komplikasjoner. Det er heller ikke krav om at skaden må være så betydelig at pasienten har rett på erstatning, enten etter alminnelige erstatningsregler eller fra norsk pasientskadeerstatning.

Det andre tilfellet er hvor behandling er avsluttet, men at det er grunn til å tro at pasienten har blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen. I dette tilfellet har pasienten rett på informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-2, femte ledd. At pasienten i slike tilfeller får informasjon er viktig for å bevare pasientens rettsikkerhet, at pasienten kan få en ny medisinsk vurdering og behandling av skaden. Informasjon er også viktig slik at pasient eventuelt kan søke om erstatning.

I motsetning til første typetilfellet, er det ved andre typetilfeller et vilkår at det dreier seg om mulighet for *betydelig* skade. I tillegg skal det også foretas en vurdering for hvor lang tid som er gått, og hvor vanskelig det er å oppspore pasienten osv. Det eksisterer ikke her en tidsgrense, men beror på skadens alvorlighetsgrad, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.72.

I Rt. 1993 s. 1169 har Høyesterett uttalt at dersom skadefølgen ved et inngrep er overveiende sannsynlig, skal pasienten få informasjon om dette (s. 1174). Saken gjaldt en pasient som hadde en svulst i øvre del av lungen. Legene mente det dreide seg om en vanlig svulst men etter en operasjon viste det seg å være en nervesvulst. Resultatet av operasjonen var at pasienten fikk nedsatt funksjon i den ene armen og lammelse i det ene øyelokket. Hans funksjonsnivå ble nedsatt med 25 %. Spørsmålet var her om pasienten hadde fått tilstrekkelig informasjon før operasjonen om at det kunne dreie seg om en nervesvulst og hvilke konsekvenser dette kunne få, til at han kunne avgi et gyldig samtykke. Høyesterett sa her at det skal gis informasjon ”som ikke utelater vesentlige

risikomomenter. Særlig har det betydning at det blir gitt opplysninger om slike risikomomenter hvor det er reelle valgmuligheter” (s.1174).

1.2.6.2.5 Informasjonens form

Den informasjon som blir gitt skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Det skal tas hensyn til mottakers alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. I tillegg skal informasjonen gis på en hensynsfull måte. Dette følger av pasientrettighetsloven § 3-5. Helsepersonell har et ansvar for at informasjonen blir tilrettelagt for hver enkelt. Dersom pasienten for eksempel er døv, skal informasjonen bli gitt igjennom døvetolk eller bli gitt skriftlig. Helsepersonell skal også forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av helsehjelpen jf. § 3-5, annet ledd. Hvilken informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal, jf. § 3-5, tredje ledd.

1.2.6.2.6 Hvem er ansvarlig for å gi informasjon?

Det er helsepersonell som har det faglige ansvaret som er forpliktet til å gi informasjon. I følge Ot.prp. nr. 13 1998-1999 s.221 er denne informasjonsplikten begrenset til helsepersonellens fagområde.

Helsepersonellet skal gi informasjon automatisk, pasienten trenger altså ikke å be om å få nødvendig informasjon, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s.70.

Den som har det faglige ansvaret kan gi andre helsepersonell i oppdrag å gi informasjonen, og det er opp til hver enkelt institusjon å utarbeide egne rutiner og retningslinjer for hvordan man skal opprettholde informasjonsplikten, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.70. Dette følger også av helsepersonelloven § 10 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-11.

Når man skal gi informasjon til en pasient er det som sagt viktig å tilrettelegge informasjonen til hver enkelt og påse at pasienten har forstått informasjonen. I min undersøkelse spurte jeg derfor om:

Tabell 5. Hva er viktig når du skal gi informasjon til en pasient? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	60	25	5	0	10	100

Korrekt svar her ville vært tilrettelegging av informasjon ut i fra pasientens individuelle forutsetninger. I tillegg må helsepersonellet forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen. Hele 60 % svarte dette i undersøkelsen. Dette synes jeg var overraskende med tanke på antall henvendelser og klagesaker om har kommet inn på akkurat dette. Flere svarte også at man måtte begrense bruken av faguttrykk og at man måtte bruke god tid på å formidle informasjonen.

1.2.6.2.7 Rett til vern mot spredning av informasjon

Pasienten har rett til at opplysninger om han vernes mot spredning. Retten er sammenfallende med helsepersonells taushetsplikt som følger av helsepersonelloven kapittel 5. Pasienten har etter pasientrettighetsloven rett til vern mot spredning av opplysninger ”om legems- og sykdomsforhold samt andre opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningen gjelder”, jf. § 3-6. Pasienten skal være trygg på at det som kommer frem under helsehjelpen skal forbli konfidensielt. Opplysninger kan likevel gis dersom pasienten samtykker til dette, jf. annet ledd. Her må helsepersonell forsikre seg om at samtykket er gyldig og ikke gitt under tvang eller press, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.75.

Unntaket er hvor helsepersonell har opplysningsplikt etter helsepersonellovens kapittel 6. Er dette tilfellet skal pasienten gis informasjon, så langt forholdene tilsier det, om dette og hvilke opplysninger som er gitt, jf. § 3-6, tredje ledd. Men dette gjelder ikke i nødrettstilfeller der opplysninger gitt til andre kan sette pasientens eller andres liv og helse i fare, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 131.

**Tabell 6. Kjenner du til situasjoner hvor du kan gi opplysninger som er taushetsbelagte?
Begrunn svaret. (Svar i %.)**

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	10	45	15	15	15	100

Kun 10 % svarte at taushetsplikten ikke var til hinder for helsepersonells opplysningsplikt. Med opplysningsplikt menes her den lovregulerte opplysningsplikten helsepersonell har etter helsepersonellovens kapittel 6. Dette er et unntak fra pasientens rett til vern mot spredning av informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-6, se nedenfor.

60 % var inne på at man i enkelte tilfeller kunne gi opplysninger som egentlig var taushetsbelagte. Mens resterende ikke viste.

I helsevesenet har man innført et journalsystem som kalles Profil. Dette er et system hvor opplysninger om pasienten legges ut, slik at helsepersonell som jobber med pasienten kan gå inn å se. Jeg mener et slikt system ikke ivaretar taushetspliktsreglene som helsepersonell har overfor pasienten godt nok. Selv om helsepersonell kun har lov å se på opplysninger som er aktuelle i forhold til den helsehjelpen de yter til pasienten, mener jeg dette er et ytterst sårbart system hvor sjansen for misbruk er stor. Spørsmålet ble.

Tabell 7. Profil er et system som kan gi deg helseopplysninger om mange pasienter. Vet du hvilke begrensninger du har i forhold til å gjøre deg kjent med pasienters helsesituasjon? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	65	5	5	10	15	100

De fleste svarte at de kun hadde lov å se på opplysninger som er aktuelle i forhold til den pasienten de jobbet med.

Litt betenkelig er det at 10 % svarte at de ikke viste hvilke begrensninger de hadde i forhold til Profil, og at 15 % svarte blankt. Det at noen svarte blankt kan være en indikasjon på at heller ikke de vet hvilke begrensninger de har. Jeg mener personvernet må settes høyt, og at disse tallene gir grunnlag for å hevde at det kreves et kunnskapsløft i forhold til bruken av Profil.

Pasient- og brukerombudet for Nord-Trøndelag har i sin årsrapport uttrykt sin bekymring på dette området. Han mener at personvernet trues av dette systemet. Selv om helsepersonell kun skal se opplysninger som er relevante for dem, er det flere tilfeller hvor helsepersonell har snoket i journaler de ikke er berettiget til å se. Et eksempel er en sak han hadde om dette i 2008, hvor en mann av sin nabo hadde fått vite sensitive opplysninger om seg selv som var ført i profiljournal. Eneste forklaringen på at naboen hadde fått disse opplysningene var at en av helsepersonellet hadde snoket i hans journal. Selv om det er kommet skjerpende lovgivning på området, er Pasient- og brukerombudet fortsatt tvilende om dette er tilstrekkelig. Jeg må si meg enig med han i dette. Etter samtaler med helsepersonell i forbindelse med min oppgave, møtte jeg flere som var nesten totalt uvitende om lovgivningen. Jeg fikk et inntrykk av at dette heller ikke var så viktig. Kanskje bør det en holdningsendring til i helsevesenet, og en grundig opplæring i personvernets betydning.

1.2.7 Samtykke til helsehjelp

Ved siden av retten til medvirkning og informasjon, var samtykke det som det hadde kommet mest henvendelser om til Pasientombudet i Nord-Trøndelag (2008). Hos Pasientombudet i Sør-Trøndelag, og Helsetilsynet Sør-Trøndelag var henvendelser og klagesaker på dette området noe lavere. Helsetilsynet Nord-Trøndelag hadde ikke mottatt klager på dette i 2008.

1.2.7.1 Hensyn bak regel om samtykke

Alle mennesker er i utgangspunktet fritt, og har full bestemmelsesrett over sitt eget liv.

Dersom noen skal gripe inn i den private rettsfære kreves det hjemmel i lov eller annet rettsgrunnlag, herunder samtykke. Dette gjelder også innenfor helserettens område.

Helsepersonell kan ikke gripe inn overfor en pasient dersom pasienten ikke samtykker, med mindre det foreligger et hjemmelsgrunnlag for dette, for eksempel tvang, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.76.

Kravet til pasientens samtykke er også begrunnet med respekten for pasientens menneskeverd og integritet. I tillegg vil samtykkekravet bidra til at helsehjelpen blir mer vellykket, siden pasienten selv får delta i helsehjelp, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.76.

Pasientens samtykke er begrenset, pasienten kan ikke samtykke i at man for eksempel skal ta pasientens liv. Man kan heller ikke samtykke til handlinger som er et brudd på straffeloven eller helsepersonells forsvarlighetskrav.

Helsepersonell er utdannet innenfor sitt fagfelt, og det er som regel de som vet best i et pasient- helsevesen forhold. Men det er pasienten som skal ta avgjørelsen om helsehjelpen skal gjennomføres eller ikke. Det er derfor viktig at pasienten får den informasjonen som er nødvendig slik at han eller hun kan ta en best mulig avgjørelse, jf. om informasjon ovenfor.

1.2.7.2 Når kreves samtykke?

Helsehjelp kan ikke gis med mindre pasienten har samtykket til det. Dette følger av hovedregelen om samtykke, pasientrettighetsloven § 4-1. Dette samtykket er kun gyldig dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen, herunder formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med helsehjelpen. Informasjonen skal være av et slikt omfang at det danner et forsvarlig beslutningsgrunnlag for pasienten. Kravene til informasjonen er redegjort for overfor.

Vi har flere eksempler fra rettspraksis hvor spørsmål om gyldig samtykke foreligger i forhold til den informasjonen som er gitt. Særlig aktuelt er dette ved nødvendig informasjon om risiko. I Rt. 1998 s. 1538 kom høyesterett frem til at det forelå informasjonssvikt. Saken dreide seg om en mannlig pasient som på grunn av en ryggoperasjon mistet seksualfunksjonen. Et spørsmål som her ble drøftet var om pasienten hadde fått den nødvendige informasjon om risiko for nedsatt seksualfunksjon før operasjonen. Risikoen lå her på rundt 5 %. Her kom høyesterett frem til at pasienten skulle ha fått informasjon om dette, men pasienten ble nektet erstatning fordi høyesterett mente at pasienten ville ha samtykket selv om han hadde fått informasjon om risikoen.

I RG 1954 s. 601 handlet saken om en kvinne som skulle opereres for å rette ut ei tå. Under operasjonen ble det foretatt en amputasjon av tåa uten at kvinnen hadde samtykket til dette. Kvinnen krevde derfor erstatning, og fikk medhold av Frostating lagmannsrett. Det ble lagt til grunn at å innhente samtykke fra kvinnen var mulig og at amputasjonen ikke hadde vært nødvendig.

Unntak fra samtykke er hvor det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for at samtykke ikke behøves, jf. § 4-1, første ledd. Eksempel på dette er øyeblikkelig-hjelp situasjoner hvor innhenting av pasientens samtykke før helsehjelp gis kan være praktisk umulig. Her går også helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp foran.

Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake. Hvis dette skjer skal helsepersonell gi pasienten nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis, § 4-1, annet ledd.

I min spørreundersøkelse stilte jeg følgende spørsmål:

Tabell 8. Samtykke. Kan det gis helsehjelp til en pasient før pasienten har samtykket til dette? Begrunn Svaret. (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	40	35	15	0	10	100

De fleste svarte her at de kunne gi helsehjelp uten pasientens samtykke dersom det dreide seg om en øyeblikkelig-hjelp situasjon. Andre hadde svart litt vagere. Noen svarte at man kunne gi helsehjelp uten pasientens samtykke dersom pasienten ikke visste sitt eget beste eller sine egne behov. Jeg valgte å sette disse svarene under middels, på grunn av at de kan tolkes begge veier. Det kan hende at informantene mente øyeblikkelig-hjelp situasjoner, men det kan også være tilfelle at det kan dreie seg om situasjoner der helsepersonellet mener helsehjelp er det beste for pasienten uten at det dreier seg om en øyeblikkelig-hjelp situasjon.

For å teste kunnskapen om pasientens rett til å trekke tilbake sitt samtykke, ga jeg følgende eksempel i min undersøkelse som helsepersonellet skulle svare hva de ville ha gjort i en slik situasjon:

Tabell 9. Gitt at du har en pasient som har et sår som må pleies. Pasienten sier det er greit at du gjør dette, men i det du skal starte å pleie såret sier pasienten at han ikke vil at du skal pleie såret likevel. Hva gjør du, og hvorfor? (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	45	30	10	0	15	100

Flere svarte her at de ville ha informert pasienten om hva konsekvensene ville bli dersom man ikke fikk stelle såret.

En del svarte at de ville ha avsluttet prosedyren dersom pasienten motsatte seg det totalt, mens en svarte at man ville ha prøvd å avlede pasienten slik at de kunne fått gjennomført sårstellet. Det er tilstrekkelig at pasienten sier at han ikke vil ha behandlingen, man skal ikke vente til pasienten motsetter seg totalt. Også det å avlede pasienten slik at sårstellet blir gjennomført er for meg uakseptabelt. Dette kan etter min mening sammenlignes med tvangslignende tiltak, som for eksempel å ha tablett i syltetøy, uten at pasienten er klar over det.

Noen hadde også svart at de ville ha forsøkt å få tillatelse/vedtak på bruk av tvang. Det er bra at disse har forstått at det kreves vedtak for bruk av tvang. Må presisere her at for å kunne treffe et vedtak om bruk av tvang, må flere strenge vilkår være oppfylt.

Samtykke kan som nevnt trekkes tilbake når som helst under behandlingen. Derfor ga jeg samme eksempel en gang til, men denne gangen hadde behandlingen allerede startet når pasienten trekker sitt samtykke tilbake.

Tabell 10. Samme eksempel, men denne gangen har du allerede startet behandlingen av såret når pasienten sier at han ikke vil at såret skal behandles. Hva gjør du, og hvorfor? (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	35	25	10	15	15	100

35 % svarte at de ville ha informert pasienten om konsekvensene av ikke å få stelt såret, og avsluttet dersom pasienten nektet.

Det er noe betenkelig at flere ville ha fortsatt å stelle såret selv om pasienten nektet. De mente at man ikke kan avslutte behandlingen når de allerede hadde begynt på den. En svarte også at man ville, om nødvendig, ha tilkalt en medarbeider for å holde pasienten slik at man fikk gjennomført behandlingen. Skal man bruke tvang overfor en pasient, og som i

dette tilfelle bruke fysisk tvang, skal det være vedtak på dette, og det er strenge vilkår som skal være oppfylt for at slik tvang kan brukes.

1.2.7.3 Når foreligger gyldig samtykke?

Aslak Syse sier i sin bok pasientrettighetsloven med kommentarer, andre utgave s. 242 at det er tre vilkår som må være oppfylt for at gyldig samtykke foreligger. Det er personell kompetanse, prosessuell kompetanse og materiell kompetanse.

Det som legges i personell kompetanse er at pasienten må ha kompetanse til å gi samtykke. Her gjelder to vilkår som må være oppfylt. For det første må pasienten ha formell rettshandleevne. Dette betyr at pasienten eller dennes representant må være den rette personen til å avgi samtykke. For det andre må pasienten ha den nødvendige habilitet for å avgi samtykke. Dette innebærer at pasienten må forstå hva situasjonen er og hvilke konsekvenser et samtykke vil få.

Neste vilkår er prosessuell kompetanse. Hva som menes med dette er at pasienten må ha avgitt samtykke på formriktig måte. Her er det tre tilleggsvilkår som må være oppfylt. For det første må det ikke være tilblivelsesmangler ved samtykke. Tilblivelsesmangler er her tvang, svik og andre ugyldighetsgrunner for kontraktinngåelse.

I tillegg må samtykke ha den kvalitet som kreves, for eksempel kravet til informert samtykke. Her skal pasienten få informasjon om både formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer ved tiltaket. Men selv om det er stilles et stort krav til informasjon, er det umulig å gi informasjon om alle mulige sider av et tiltak. Det er derfor satt et krav om nødvendig informasjon, jf. Ot.prp. nr. 12 (1999-1998) s. 81 og 82.

Det tredje vilkåret er at samtykke må oppfylle de formkrav som stilles for det aktuelle område, for eksempel skriftlighet etter steriliseringsloven § 4.

Det siste vilkåret er kravet til materiell kompetanse. Her må det dreie seg om et saksområde som pasienten kan gi et gyldig samtykke til. Eksempel på område hvor pasienten ikke kan gi et gyldig samtykke til er barmhjertighetsdrap.

Oppfyller ikke samtykket alle disse vilkår kan samtykke være ugyldig. Er samtykket ugyldig er også pasienten ubundet av det. Her kan pasienten reise et erstatningskrav mot dem som har foretatt behandlingen basert på det ugyldige samtykke jf. pasientskadeerstatningsloven § 2. Jo større inngrepet er, jo strengere krav stilles det til at samtykke oppfyller de overnevnte vilkår.

1.2.7.4 Hvem har rett til å samtykke?

1.2.7.4.1 Hvem er samtykkekompetent?

Alle myndige personer har rett til å samtykke, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser, jf. pasientrettighetsloven § 4-3.

Også mindreårige over fylte 16 år er samtykkekompetente etter pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller tiltakets art. At det i loven er inntatt et unntak i forhold til tiltakets art, er fordi en person på 16 år ikke alltid har den modenhet som kreves for å ta et forsvarlig valg for sin helse. Følgende er sagt i Ot.prp. nr 12 (1998-199)s. 83: ”en av de forutsetninger selvbestemmelsesretten hviler på er kravet om en viss grad av sjelelig modenhet, som dels er et krav om minstealder for utøvelse av selvbestemmelsesretten og dels et krav om personlige forutsetninger for å forstå innholdet i og konsekvensene av et samtykke”. Selv om myndighetsalderen til selv å bestemme er satt til 16 år i pasientrettighetsloven, kan ikke dette gjelde absolutt. En person på 16 år er ikke alltid like reflektert og mangler noen ganger evnen til å tenke konsekvenser av sine egne valg. Det følger av forarbeidene at 16 års grensen i enkelte tilfeller kan suspenderes. Dette kan for eksempel dreie seg om deltakelse i forskingsprosjekt, smertefull eller risikofylt behandling, eller irreversibel behandling, som plastisk kirurgi. Jeg er helt enig at en slik suspensjon av 16 års grensen kan finne sted i disse tilfeller. Særlig aktuelt i dagens samfunn er plastisk kirurgi. Ungdommer i den alderen er svært lett påvirkelig overfor det

skjønnhetsidealet som er skapt, og mange vil gjøre hva som helst for å se mest mulig perfekt ut. Jeg mener ikke en 16 åring er moden nok til å ta et slikt valg, da motivasjonen for et slikt inngrep er feil og kanskje ikke nøye nok gjennomtenkt.

1.2.7.4.2 Pasienter som ikke har samtykkekompetanse

Dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter, kan samtykkekompetansen falle bort helt eller delvis, jf. § 4-3, annet ledd.

Grunnen til at denne gruppen personer kan miste samtykkekompetansen sin helt eller delvis, er at de som regel har dårligere evne til å forstå konsekvensene av sitt samtykke. De har også som oftest dårligere forutsetning for å forstå den informasjon som er grunnleggende for at pasienten skal ta det rette valget i forhold til sin helsehjelp, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.84.

Det er viktig å merke seg at samtykkekompetansen kan falle bort helt eller delvis. En pasient kan ha forståelse over enkelte deler av sin helsehjelp. Helsepersonell skal ikke fra ta pasienten større del av samtykkekompetansen enn det som er nødvendig. Helsepersonellet skal tilrettelegge mest mulig for at pasienten i størst mulig grad selv får samtykke til helsehjelpen. Dette skal de gjøre ut i fra hensyn til pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.84.

En pasient kan også i enkelte øyeblikk ha samtykkekompetanse, mens andre ikke. Dette er særlig aktuelt ved demens. Dersom pasienten er ”klar” har han samtykkekompetanse, men denne kan helt eller delvis falle bort i det han blir dement igjen.

Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen som avgjør om pasienten er samtykkekompetent eller ikke, jf. § 4-3 tredje ledd. Kommer man frem til at pasienten ikke er samtykkekompetent skal dette dokumenteres skriftlig, og pasientens pårørende skal så snart som mulig informeres om dette.

1.2.7.5 Hvem skal samtykke på vegne av pasienter som ikke har samtykkekompetanse?

1.2.7.5.1 Samtykke på vegne av barn

Det er foreldrene eller andre med foreldreansvaret som har rett til å samtykke på vegne av pasienten dersom pasienten er under 16 år. Det samme gjelder for barnevernstjenesten dersom de har overtatt omsorgen for barnet etter barnevernsloven §§ 4-6 annet ledd, 4-8 eller 4-12. Dette følger av pasientrettighetsloven § 4-4.

I følge barneloven skal foreldre ta avgjørelser ut i fra barnets behov og interesser. Dette må bety at når foreldre eller andre med foreldreansvaret skal samtykke på vegne av barnet, må det være med tanke på hva som er det beste for barnet, og ikke hva som er det beste for foreldrene. For at det skal foreligge et gyldig samtykke må begge med foreldreansvaret samtykke, det holder ikke om bare den ene forelderens samtykker. Unntak hvor barnet bor fast hos den ene med foreldreansvaret, da kan denne etter barneloven § 37 ta beslutninger som gjelder vesentlige sider av dagliglivet til barnet. Men ved alvorlige tiltak må det foreligge samtykke fra begge foreldre.

Hvis foreldrene ikke ivaretar barnets interesser ved helsehjelp, kan dette være grunnlag for omsorgsoverdragelse, jf. barnevernsloven § 4-12. Helsepersonell er her pliktig å varsle barnevernstjenesten ved slike tilfeller, jf. helsepersonelloven § 33.

Barnet skal etter hvert som det modnes og utvikles få uttale seg før samtykke gis på vegne av barnet. Er barnet over 12 år skal det få uttale seg på alle områder som angår sin egen helse, jf. barneloven § 31. Det skal legges økende vekt på barnets meninger etter barnets modenhet og alder.

For at foreldrene skal kunne avgi et gyldig samtykke på vegne av deres barn, må det også her foreligge tilstrekkelig informasjon. I Rt. 1981 s. 728 dreide saken seg om en 11 år gammel gutt som hadde fått fjernet en lymfeknute fra halsen fordi man fryktet at det kunne være en ondartet svulst. Etter operasjonen ble det klart at gutten hadde fått en nerveskade

på grunn av inngrepet. Moren til gutten mente at hun ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om risikoen for slik nerveskade da hun hadde samtykket til operasjonen. Moren fikk ikke medhold i denne saken.

1.2.7.5.2 Samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse

Hvor pasienten er mellom 16 og 18 år, og ikke har samtykkekompetanse er det etter pasientrettighetsloven § 4-5 foreldre eller andre med foreldreansvaret som har rett til å samtykke.

Barnevernet har rett til samtykke om omsorgen av barnet er overdratt til dem etter barnevernsloven § 4-8 eller 4-12.

Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, kan den ikke ytes, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser. Barnets rett til å nekte helsehjelp går altså foran foreldrenes rett til å samtykke.

1.2.7.5.3 Myndige personer som ikke har samtykkekompetanse

I tilfeller hvor pasienten ikke er samtykkekompetent, kan helsepersonell i noen tilfeller ta avgjørelsen om å yte helsehjelp. Det må her være snakk om helsehjelp som er av liten inngripende karakter med tanke på varighet og omfang, jf. pasientrettighetsloven § 4-6.

I følge forarbeidene (Ot.prp. nr12 1998-1999 s. 134) kan dette kun skje hvis det er sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til det selv. Det må altså her foreligge et antatt, eller presumert samtykke. Helsepersonell kan ikke yte helsehjelp hvis pasienten synes, eller antas å synes, at dette er nedverdiggende eller krenkende, og det skal heller ikke ytes helsehjelp hvis dette anses unødvendig i den gitte situasjon.

Det kan også gis helsehjelp av alvorlig inngripende karakter hvis dette er i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten hadde samtykket til helsehjelpen. Hvis det er mulig skal helsepersonell forhøre seg med pasientens nærmeste pårørende om hva pasientens vilje ville ha vært. I tillegg skal den som er ansvarlig for helsehjelpen, samråd

seg med annet kvalifisert helsepersonell før beslutningen om helsehjelpen tas, jf. § 4-6, annet ledd.

Forskjellen mellom bestemmelsen i § 4-6 og den nye 4a, er at § 4-6 regulerer de tilfeller hvor pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Helsepersonellet har her ikke adgang til å yte helsehjelp dersom pasienten motsetter seg det. Kapittel 4a derimot regulerer de tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelpen.

1.2.7.5.4 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

Pasientrettighetsloven § 4a er en helt ny bestemmelse som trådte i kraft 1. januar 2009. Denne nye bestemmelsen regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelpen. Siden denne bestemmelsen er helt ny, fokuserer jeg ikke så mye på denne i oppgaven, og jeg har heller ikke testet helsepersonells kunnskap om denne i min spørreundersøkelse. Jeg vet at det foregår en del kursing og opplæring om dette kapitlet blant helsepersonell. Velger likevel å skrive litt om den her.

Formålet med kapittel 4a ”er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang”(understreket her). Velger her å understreke ordene forebygge og begrense siden det her altså ikke er meningen å utvide helsepersonells adgang til å bruke tvang. Bruk av tvang skal absolutt være siste utvei.

Det er fire vilkår som må være oppfylt før en kan yte helsehjelp etter denne bestemmelsen. Før det første må helsepersonell ha forsøkt tillitskapende tiltak, med mindre dette er åpenbart formålsløst. Her skal helsepersonell ta hensyn til individuelle forutsetninger og tilrettelegge helsehjelpen deretter. Dersom pasienten fortsatt motsetter seg helsehjelpen, eller det er stor sannsynlighet for at pasienten vil motsette seg på et senere tidspunkt, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom også følgende 3 vilkår er oppfylt:

For det første dersom det ved unnlatelse av å gi helsehjelp, kan føre til vesentlig helseskade for pasienten. For det andre må helsehjelpen anses som nødvendig, og for det tredje må tiltakene stå i forhold til behovet for helsehjelp.

Dersom alle disse fire vilkårene er oppfylt, må det i tillegg foretas en helhetsvurdering om helsehjelpen er den klart beste løsningen for pasienten. Her skal det legges vekt på graden av motstand, og om pasienten i nær fremtid forventes å få samtykkekompetanse tilbake. Er vilkårene oppfylt og en etter en helhetsvurdering kommer frem til at helsehjelpen er den klart beste løsningen, kan man gi helsehjelp ved bruk av tvang eller andre tiltak som omgår pasientens motstand. Man kan her legge pasienten inn på helseinstitusjon og eventuelt holde ham til bake til helsehjelpen er gjennomført. I tillegg kan man bruke varslingssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende.

Helsehjelpen skal vurderes fortløpende, og skal straks avbrytes dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt. Her skal det legges særlig vekt på om helsehjelpen har ønsket virkning eller om helsehjelpen har uforutsette negative virkninger.

For at helsehjelp kan ytes etter denne bestemmelsen, må det treffes vedtak om dette. Vedtaket treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen, og kan bare treffes for inntil et år av gangen.

Den som treffer vedtaket skal, dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, treffe vedtaket i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. I denne vurderingen skal det blant annet tas hensyn til om tiltaket innebærer inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagte medisiner og graden av motstand. Det skal alltid regnes som alvorlig inngrep dersom pasienten motsetter seg at helsehjelpen blir utført ved innleggelse eller tilbakeholdelse i helseinstitusjon, eller at pasienten motsetter seg bruk av bevegelseshindrende tiltak.

1.2.7.5.5 Pasienter som er umyndiggjort

I enkelte tilfeller kan en pasient være umyndiggjort etter lov om umyndiggjørelse. I disse tilfeller skal pasienten i så stor utstrekning som det er mulig, selv samtykke til helsehjelpen. Dette følger av pasientrettighetsloven § 4-7. Om dette ikke lar seg gjøre, kan vergen som er oppnevnt for den umyndiggjorte, samtykke på dennes vegne. Vergen skal ivareta pasientens interesser, og derfor velge det alternativet som er det beste for pasienten.

Jeg spurte helsepersonellet om de viste hvem som hadde samtykkekompetanse. Spørsmålet var:

Tabell 11. Hvem har – og hvem har ikke samtykkekompetanse iht. Pasientrettighetsloven? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	0	25	25	30	20	100

Ingen svarte tilfredsstillende nok til å få godkjent på dette spørsmålet. Flere skrev at pasienten selv hadde samtykkekompetanse, som kan vurderes som riktig. Men ingen viste at det her måtte dreie seg om myndige personer, eller mindreårige over 16 år.

Flere skrev at demente og psykisk utviklingshemmede ikke har samtykkekompetanse. Vilåret for at samtykkekompetansen her skal falle bort helt eller delvis, er om pasienten, på grunn av demens eller psykisk utviklingshemming, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Samtykkekompetansen falle ikke automatisk bort bare fordi en pasient er dement eller psykisk utviklingshemmet. Helsepersonellet skal også her tilrettelegge best mulig for at pasienten selv skal samtykke, og jeg mener at vurderingen om en pasient har samtykkekompetanse eller ikke må skje ut i fra hvilket tiltak det dreier seg om.

Jeg spurte så:

Tabell 12. Hvis en pasient ikke har samtykkekompetanse. Hvem kan da bestemme over pasienten? Begrunn svaret. (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	25	40	0	20	15	100

Loven sier at dersom det dreier seg om barn eller ungdom, er det foreldre eller foresatte som tar avgjørelsen, eventuelt barnevernet dersom omsorgen er overdratt til dem.

For myndige personer er det helsepersonell som til slutt tar avgjørelsen. Helsepersonellet skal som tidligere nevnt høre med nærmeste pårørende om hva de mener er pasientens vilje, hvis dette lar seg gjøre.

Av tabell 12 kan vi se at 25 % svarte at helsepersonellet tok avgjørelsen, dette kategoriserte jeg som godkjent.

40 % svarte at avgjørelsen skulle tas av nærmeste pårørende i samarbeid med helsepersonellet, dette kategoriserte jeg som middels. Noen hadde kanskje villet ansett dette som et godkjent svar. Helsepersonellet skal helst samråd seg med nærmeste pårørende før avgjørelser blir tatt, og i de fleste tilfeller er dette den klart beste løsningen. Men i følge loven er det helsepersonell som tar den avgjørende beslutningen, derfor kom denne gruppen innefor kategorien middels. Om helsepersonell skal samråd seg med nærmeste pårørende, må etter min mening avhenge av tiltakets art. Det kunne ha blitt tungvint og tidkrevende dersom helsepersonellet skulle ha kommet til enighet med nærmeste pårørende for hver avgjørelse som skal tas i forhold til pasienten. Helsepersonellet er de som har den faglige kompetansen og de som er mest objektive i forhold til pasienten, derfor må de anses som mest kompetent til å ta avgjørelser angående pasientens helsehjelp i disse tilfeller. Men viktig å understreke at helsepersonellet må ta med hva pasientens vilje er eller ville ha vært, i sin vurdering.

20 % svarte at det her kun var nærmeste pårørende som kunne ta avgjørelsen, dette ble kategorisert som feil.

1.2.7.6 Samtykkets form

Samtykket kan både være gitt uttrykkelig eller stilltiende. Et stilltiende samtykke er ansett å foreligge dersom ”det ut i fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen”. Eksempler på slikt samtykke er hvor pasienten oppsøker lege, eller lar helsepersonell foreta blodprøve uten å nekte. I følge forarbeidene (Ot.prp. nr. 12 1998-1999 s. 132) må samtykke anses å foreligge dersom pasienten ikke motsetter seg tiltak etter å ha fått tilstrekkelig informasjon etter § 3-2 og mulighet til å medvirke etter § 3-1. Men kravet til samtykkets form øker ved tiltak som er mer smertefulle og risikofylte. Her må helsepersonell i større grad forsikre seg om at samtykke foreligger.

I de fleste tilfeller vil samtykke fra pasienten bli gitt muntlig, men departementet kan gi forskrifter som regulerer der hvor samtykket må være skriftlig eller fastsette andre formkrav til samtykke ved visse former for helsehjelp, jf. § 4-2, annet ledd.

1.2.7.6.1 Skriftlig samtykke

Skriftlighet gir den beste garantien for hva det er samtykket til. Ved skriftlighet vil også pasienten tenke seg bedre om over hva han eller hun faktisk samtykker til. Skriftlighet er også et vilkår for gyldig samtykke i enkelte bestemmelser som for eksempel transplantasjonsloven § 1 og steriliseringsloven § 4.

1.2.7.6.2 Stilltiende samtykke

Stilltiende samtykke er når pasienten ut i fra sin adferd må regnes med å samtykke til helsehjelpen. Ved at pasienten for eksempel oppsøker legen må anses som et samtykke til helsehjelp eller hvis pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen etter å ha fått tilstrekkelig informasjon etter § 3-2. Stilltiende samtykke er etter § 4-2 likestilt med skriftlig samtykke, med unntak hvor det følger av lov at skriftlig samtykke skal foreligge. Men man skal ikke alltid tolke konkludent adferd som stilltiende samtykke, dette gjelder spesielt ved noen

kulturkretser. Er helsepersonell her i tvil om pasienten har samtykket, skal man forsikre seg om at vedkommende faktisk har forstått informasjonen, og deretter få et uttrykkelig samtykke fra pasienten. Dette følger av forarbeidene i Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 81.

1.2.7.6.3 Hypotetisk samtykke

Hypotetisk samtykke er når helsepersonell må gå ut i fra at pasienten hadde ville samtykket om han eller hun hadde vært i stand til dette. Dette er særlig aktuelt i nødssituasjoner hvor for eksempel pasienten er bevisstløs og helsepersonell er pliktig til å yte helsehjelp etter helsepersonelloven § 7. Det er uenighet om i hvilken utstrekning hypotetisk samtykke skal anses som et gyldig samtykke. Høyesterett la til grunn hypotetisk samtykke i Rt. 1998 s. 1538. Her sa høyesterett at selv om pasienten ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon til å avgi et gyldig samtykke, ble det lagt til grunn at hvis pasienten hadde fått tilstrekkelig informasjon om risikoen ved operasjonen, hadde han allikevel gjennomført den.

Hva kan helsepersonellet om dette temaet?

Tabell 13. På hvilke måter skal/ kan en pasient eventuelt gi samtykke til helsepersonell på? (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	50	20	5	5	20	100

50 % svarte at pasienten kunne samtykke muntlig og skriftlig. Noen av disse svarte også stilletiende samtykke, som for eksempel; nikke med hodet, trykke i hånden osv.

20 % svarte enten kun muntlig eller kun skriftlig.

Resterende hadde vagt eller ikke godkjent svar. En av disse svarte at pasienten trengte ikke å samtykke, men måtte selv uttrykkelig si i fra dersom han ikke ville. Dette er feil, samtykke skal foreligge før helsehjelpen gis!

1.2.8 Rett til individuell plan

1.2.8.1 Formålet med individuell plan

Forskriftens formålsbestemmelse lyder som følger:

Formålet med den individuelle planen er:

- a) ”Å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud”
- b) ”Å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.”
- c) ”Å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene”.

1.2.8.2 Hvem har rett til individuell plan?

Har pasienten behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har han rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 2-5.

Pasientens rett til å få utarbeidet en individuell plan følger av helsepersonellens plikt til å utarbeide en slik plan etter kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevern loven.

Nærmere bestemmelser om individuell plan er gitt i forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837.

I følge forskriften har pasienten selv rett til å delta i utarbeidelsen av den individuelle planen, og helsepersonell skal tilrettelegge for dette. Har ikke pasienten samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Dette følger av forskriftens § 4. Individuell plan kan kun utarbeides dersom pasienten samtykker til dette, jf. forskriftens § 5.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 6-2a skal kommunehelsetjenesten samarbeide med andre tjenesteytere slik at pasienten får et mest mulig helhetlig tilbud. Det er ikke klarlagt hvem som er forpliktet til å utarbeide den individuelle planen, men det følger av forarbeidene, Ot.prp. nr 10 (1998-1999) s. 139, at det er opp til kommunen selv å bestemme hvem som her skal være ansvarlig. Det samme følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

1.2.8.3 Individuelle planens innhold

Hva den individuelle planen skal innholde er regulert i § 7. For det første skal planen tilpasses den enkeltes pasient behov, og under utarbeidelsen skal det tas hensyn til pasientens etiske, kulturelle og språklige forutsetninger. I tillegg er det satt opp følgende hovedpunkter som planen skal inneholde:

- 1) Før det første skal planen inneholde pasientens mål, ressurser og behov for tjenester.
- 2) Det skal gis en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- 3) Planen skal også gi en angivelse om hvem som har ansvaret for å sikre samordningen av og fremdriften av planen.
- 4) Hvilke bidrag pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende kan komme med under planarbeidet.
- 5) Hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som har ansvaret for disse
- 6) Hvordan tiltakene skal gjennomføres
- 7) Angivelse av planperioden og tidspunktet for når eventuelle justeringer eller revisjoner av planen.
- 8) Samtykke fra pasienten til at plan kan utarbeides, og eventuelt samtykke til at taushetsbelagte opplysninger blir gitt til andre.
- 9) Dersom det er nødvendig eller ønskelig med samarbeid mellom tjenesteytere, institusjoner eller etater, skal også dette være inntatt i den individuelle planen.

1.2.8.4 Pasientens adgang til å klage på den individuelle planen

Ved en eventuell klage kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse, jf. forskriftens § 10. Men det er begrensinger for hva pasienten kan klage over. For det første kan pasienten klage hvis en individuell plan ikke blir utarbeidet. Pasienten har ikke rett til at planen skal ha et bestemt innhold, men kun på å få utarbeidet en plan. Derfor kan ikke pasienten klage på planens innhold. Den individuelle planen er heller ikke et rettslig bindende vedtak, pasienten har derfor ingen rettsmidler dersom planen ikke blir gjennomført. Men pasienten kan klage dersom planen inneholder bestemte rettigheter til behandling, og disse ikke blir gjennomført.

Pasientens rett til individuell plan har vært et satsningsområde når det gjelder opplæring av helsepersonell. Det er brukt mye ressurser på dette. Etter samtale med Helsetilsynet i Sør-Trøndelag fikk jeg vite at opplæringen dessverre ikke så ut til å ha hatt noen virkning i positiv retning. Dette syntes jeg var interessant, og spurte derfor i min undersøkelse:

Tabell 14. Vet du hvilke pasienter som har en rett til individuell plan? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	10	15	20	45	10	100

For at man her skulle fått godkjent svar, måtte man ha svart at pasienter som har bruk for langvarige og koordinerte tjenester, har rett på individuell plan. Kun 10 % svarte dette. 35 % svarte middels eller vagt. Disse hadde svart at alle pasienter har rett til individuell plan, særlig de som måtte ha sammensatte tjenester eller som var pleietrengende osv.

45 % svarte at alle pasienter har rett til individuell plan, mens 10 % svarte blankt.

En annen aktuell problemstilling i forhold til individuell plan er at selv om pasienten har en rettighet på å få utarbeidet en individuell plan, blir ikke denne fulgt opp. Jeg spurte derfor følgende i min spørreundersøkelse:

Vet du hvor mange pasienter det er på din avdeling som har individuell plan, og hvor ofte de blir revidert?

Svarene jeg fikk var veldig varierende. Kun 20 % visste hvor mange på deres avdeling som hadde individuell plan. 70 % svarte at de ikke viste hvor mange som hadde individuell plan, mens 10 % svarte at man ikke utarbeidet individuell plan på deres avdeling, fordi dette var for vanskelig å følge opp.

Svarene jeg fikk på disse to spørsmålene synes jeg understreker at opplæringen på dette området ikke har hatt tilfredsstillende effekt. Helsepersonellets uvitenhet om hvem som har individuell plan på deres avdeling, resulterer i at pasienter ikke får oppfylt de rettigheter man har. Som nevnt ovenfor har ikke pasienten noen rettsmidler for at selve planen blir gjennomført. Jeg mener at når pasienten har fått utarbeidet en individuell plan, så må helsepersonell forholde seg til denne. Min undersøkelse gir en indikasjon på at dette ikke blir gjort. Etter min mening må man her styrke pasientens rett ved å endre bestemmelsen, slik at pasienten får en rett til oppfyllelse av den individuelle planen.

1.2.9 Pasientens rett til journalinnsyn

Før hadde ikke pasienten rett til å se sin egen journal. Journalen ble ansett som legens eiendom og var kun ment til å gi informasjon til eventuelle andre helsearbeidere som også yttet helsehjelp til pasienten. Men etter hvert ville også pasientene ha innsyn i sin egen journal. Høyesterett la til rette for dette i journaldommen Rt. 1977 s 1035. Saken gjaldt en pasient som var tannlege som oppsøkte sykehuset etter å ha behandlet en pasient med hepatitt, for å sjekke om han hadde blitt smittet. Etter forskjellige prøver kom sykehuset frem til at han ikke hadde blitt smittet. Men tannlegen ble sykere og noen måneder senere ble det påvist hepatitt og tannlegen fikk så behandling for dette. Tannlegen krevde så å få utlevert sin journal for å se om det hadde blitt gjort feil ved hans første legeundersøkelse der det ble hevdet at han ikke hadde hepatitt, noe han ble nektet av legen. Høyesterett kom frem til at journalinnsyn ikke kunne nektes. Høyesterett foretok en interesseavveining og mente at selv om journalen var et arbeidsdokument for helsearbeidere var ikke dette tilstrekkelig for å nekte innsyn. Høyesterett uttalte videre ” hensynet til den enkeltes

mulighet for å ordne tilværelsen for seg og sine og det alminnelige behov for rettsikkerhet tilsier at den som ønsker ytterligere informasjon utover hva legen meddeler han, må gis medhold i dette. Det ville også være en lite tilfredsstillende og ingen ubetinget tillitskapende ordning om det skulle være overlatt til sykeavdelingens overlege å avgjøre om eller i hvilken utstrekning opplysninger skulle gis i et tilfelle – som det foreliggende - hvor det kan bli spørsmål om erstatningsansvar for sykehuset ”. (s.1046).

Pasientens rett til journalinnsyn er i dag lovfestet i pasientrettighetsloven § 5-1. Pasienten har etter denne bestemmelsen rett til innsyn i sin egen journal med bilag. Han har også etter særskilt etterspørsel rett til å få en kopi av journalen. Dersom pasienten ber om det, skal han få en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk og lignende.

Etter andre ledd kan pasienten nektes innsyn i opplysninger hvis ” dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær”.

Blir pasienten nektet innsyn, har allikevel en representant for pasienten rett til innsyn etter tredje ledd, med mindre representanten anses uskikket til det. Med mindre særlig grunner taler for det kan ikke en lege eller advokat nektes innsyn.

I forhold til andres rett til innsyn i journalen, gjelder reglene i § 3-3 og § 3-4, om andres rett til informasjon tilsvarende.

Er pasienten død, har nærmeste pårørende rett til innsyn i den avdødes journal, med mindre særlige grunner taler imot dette.

Jeg lurte på hvordan pasientens innsynsrett påvirket helsepersonellet når de skrev journalen. Jeg spurte følgende spørsmål:

Pasienter har rett til innsyn i sin journal. Hvordan påvirker dette deg når du skriver en pasientjournal?

De fleste svarte at de forsøkte å skrive journalen objektivt og på et språk som var forståelig for pasienten dersom han ville se journalen senere. Flere skrev at de forsøkte å formulere seg på riktig måte, og at man ikke skulle skrive noe som var støtende for pasienten. Noen skrev også at de ikke skrev noe de ikke kunne stå for senere og at de dokumenterte alle faktiske forhold, som for eksempel svarte en at dersom hun mistet en pasient i gulvet, så skrev hun dette i pasientens journal.

På de helseinstitusjonene jeg gjennomførte undersøkelsen skrives journalene i fagprogrammet Profil. Det er derfor viktig å merke seg at når helsepersonellet skriver i Profil, så gjelder reglene for pasientens rett til innsyn i journal.

Jeg er kjent med at det er et forbedringspotensial for helsepersonell som skriver i Profil. Blant annet har noen en uvane med å skrive ”sms språk”, som for eksempel: ”D e dåle med han...”. I tillegg finnes det eksempler på uheldige formuleringer som for eksempel ” ... var i dag pissblaut”, og lignende.

1.2.9.1 Andre rettigheter pasienten har i forhold til sin egen journal

1.2.9.1.1 Retting og sletting av opplysninger

I tillegg til retten til innsyn i sin journal har pasienten også i enkelte tilfeller rett til å få rettet eller slettet opplysninger i journalen. Dette følger av pasientrettighetsloven § 5-2, jf. helsepersonelloven § 42 til § 44.

I følge helsepersonelloven § 42 skal retting skje hvis opplysninger eller utsagn er feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige. Retting kan både skje ved et krav om den opplysningen gjelder eller av helsepersonellets eget tiltak. Fremgangsmåten ved retting er at journalen føres på nytt, eller ved en datert rettelse. Det er ikke retting hvis opplysninger

eller utsagn blir slettet fra journalen. Dersom man får avslag på et krav om retting, kan man klage til Helsetilsynet i fylket.

Helsepersonelloven § 43 regulerer sletting av journalopplysninger. Opplysninger i journalen kan, etter krav fra den opplysningen gjelder eller ut i fra helsepersonells eget tiltak, slettes hvis dette ikke er ubetenkelig ut i fra allmenne hensyn og ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven § 9 eller 18. I tillegg må opplysningene være 1) ”feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder eller, 2) opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.” Nektes sletting skal dette nedtegnes i journalen. Også her kan avslag på sletting klages inn til helsetilsynet i fylket.

Helsepersonelloven § 44 omhandler hvor opplysninger er ført på feil person. Her kan den opplysningen gjelder eller helsepersonell på eget tiltak slette disse opplysninger eller utsagn, med mindre dette strider mot allmenne hensyn.

Det er viktig å merke her at ved klage etter § 42 og § 43, kommer ikke klagereglene i pasientrettighetsloven anvendelse, men helsepersonellovens klageregler.

Det er helsepersonellet som skal avgjøre om det foreligger grunner for å kunne rette eller slette opplysninger, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s.137. Helsepersonell må forstås som den som har ansvaret for journalføringen etter helsepersonelloven § 39. Pasienten skal informeres om hvilke følger det kan ha å rette eller å slette opplysninger i journalen, for eksempel ved etterfølgende erstatningskrav.

1.2.9.1.2 Overføring og utlån av journal

Pasientrettighetsloven § 5-3 om overføring og utlån av journal er sammenfallende med bestemmelsen i helsepersonelloven § 45. I følge § 45 kan helsepersonell gi journal eller opplysninger til i journalen til andre som yter helsehjelp etter helsepersonelloven, hvis dette er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp. Pasienten har rett til å motsette seg at slik utlevering skjer. Dette følger både av helsepersonelloven § 45 og

pasientrettighetsloven § 5-3. Opplysninger skal heller ikke gis dersom det er grunn til å tro at pasienten motsetter seg dette ved forespørsel.

Unntak fra dette er om det foreligger tungtveiende grunner for at utlevering likevel kan skje. I følge forarbeidene i Ot.prp. nr 12 s. 137 er slike tungtveiende grunner ”situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade”.

Opplysninger kan også gis, selv om pasienten motsetter seg dette, dersom opplysningene faller inn under bestemmelsen helsepersonelloven § 23 om begrensning i taushetsplikten.

Dersom opplysninger blir gitt til andre skal dette nedtegnes i journalen, slik at pasienten kan få vite hvem som har fått opplysninger om han eller henne. Dette følger av helsepersonelloven § 45.

Det er i journalforskriften gitt nærmere regler for når overføring av journal skal skje. I forskriftens § 9 skal en sammenfatning av journalopplysningene ” sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging”.

Overføring kan også skje dersom pasienten skifter fastlege eller helsepersonell, jf. forskriftens § 15. Det er pasienten som her kan kreve at journal blir overført.

Vedrørende barn som begynner på skolen, kan journalen overføres fra helsestasjon til skolehelsetjenesten, dersom de eller den med foreldreansvaret motsetter seg dette. Det samme gjelder dersom barnet bytter skole, jf. annet ledd.

Pasientjournal kan også overføres ved overdragelse eller opphør av virksomhet. Her kan den enkelte pasient motsette seg en slik overføring, eller pasienten kan kreve at journalen blir overført til et annet helsepersonell eller virksomhet, jf. tredje ledd.

Dersom det ved overdragelse eller opphør av virksomhet ikke er aktuelt å overføre pasientjournaler, skal disse levers til offentlig arkivdepot, deponeres i en annen oppbevaringsinstitusjon, eller avleveres til fylkesmannen. Hos fylkesmannen blir journalene oppbevart i 10 år, for de tilintetgjøres eller avleveres til offentlig depot, jf. fjerde ledd.

For å finne ut om helsepersonellet viste om flere rettigheter enn innsyn i forhold til egen journal, spurte jeg følgende:

Tabell 15. Kjenner du til om pasienten har andre rettigheter enn innsyn i forhold til sin egen pasientjournal? Eventuelt, hvilke rettigheter? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	0	20	5	50	25	100

Jeg mener tabellen ovenfor illustrerer at det er for dårlig kunnskap på dette området. Hele 75 % sa de ikke viste om flere rettigheter enn innsyn i sin egen journal, eller svarte blankt. 25 % mente at pasienten kanskje kunne få noe slettet fra journalen sin, men de viste ikke helt vilkårene for dette.

1.2.10 Om klage

Formålet med pasientrettighetsloven er å sikre pasientens rettsikkerhet. Det gjøres for det første gjennom at rettighetene har blitt lovfestet. Men for at disse rettighetene skal være reelle må man kunne få overprøvd disse rettighetene dersom man mener at de ikke er oppfylt, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 101. Pasienten har derfor adgang til å klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7.

1.2.10.1 Anmodning om oppfyllelse

Pasienten eller en representant for pasienten, kan anmode den som yter helsehjelpen om oppfyllelse dersom vedkommende ikke mener å ha fått oppfylt sine rettigheter etter kapittel 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3. Tilsvarende gjelder hvis andre hvis de ikke har fått

oppfylt sine selvstendige rettigheter etter kapittel 3 til 6. Dette følger av pasientrettighetsloven § 7-1. Hva som her regnes som representant er beskrevet i bestemmelsens tredje ledd, hvor det står at representant ” er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge frem skriftlig fullmakt”.

Hensikten med denne bestemmelsen er å prøve å løse saken på lavest mulig nivå, og at den aktuelle helseinstitusjon får en anledning til å oppfylle rettigheten uten at klageorgan bringes inn, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 138.

Anmodningen rettes enten til vedkommende helsepersonell, eller helsepersonellets overordnede eller til helseinstitusjonen som sådan.

1.2.10.2 Klage

Dersom anmodningen etter § 7-1 ikke fører frem, kan det sendes klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Pasienten kan ikke klage før en anmodning ikke har ført frem.

Mener pasienten at pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, kan det klages til den klagenemnd som oppnevnes av departementet. Denne består av fem medlemmer og lederen skal være jurist. Medlemmene blir oppnevnt av departementet og sitter i 2 år om gangen.

I utgangspunktet har part eller en annen med rettslig klageinteresse rett til å klage på et vedtak, jf. forvaltningsloven. I pasientrettighetsloven er dette begrenset til å gjelde pasienten eller dennes representant eller fullmektig.

Kunnskapen til helsepersonell.

Tabell 16. Tenk deg at en pasient har rett til å klage etter pasientrettighetsloven. Hvem skal klagen rettes til / hvem er klageorganet? (Svar i %.)

	Godkjent	Middels	Vagt	Ikke godkj.	Blankt	Totalt
%	50	10	0	15	25	100

Halvparten svarte at Helsetilsynet eller Fylkeslegen var klageorganet. Dette har jeg vurdert som riktig svar.

10 % svarte at helseforetaket er klageorganet. Klagesaker skal helst løses på lavest mulig nivå, ved at pasienten først skal anmode den som yter helsehjelpen om at man skal få oppfylt sine rettigheter. Jeg valgte likevel å sette disse svarene på middels siden de ikke hadde redegjort for hva som var det overordnede klageorgan. Resterende svarte enten Pasientombudet eller at de ikke viste.

1.2.10.2.1 Klagens form og innhold

Forvaltningsloven § 32 oppstiller formkrav for klage av et vedtak. Pasientrettighetsloven har ikke stilt opp like omfattende formkrav. Pasientrettighetsloven § 7-3 har følgende formkrav: ved klage til Helsetilsynet skal klagen være skriftlig, den skal være undertegnet pasienten eller dennes representant og bør inneholde de forhold det klages over og andre opplysninger som har relevans for behandlingen av klagen. For at Helsetilsynet skulle kunne ta stilling til en klage, må denne inneholde hva det klages over, ellers blir det umulig for Helsetilsynet å avgjøre klagen. Ved feil eller mangler i klagen, setter Helsetilsynet en kort frist til retting og utfylling.

Inneholder klagen formfeil etter § 7-3 eller fristen for klage etter § 7-6 ikke er overholdt, skal Helsetilsynet avvise klagen.

1.2.10.3 Anmodning om vurdering av mulige pliktbrudd

Etter pasientrettighetsloven § 7-4 kan det reises tilsynssak mot helsepersonell dersom pasienten eller andre som har rett til det, mener at helsepersonellet har brutt sine plikter

etter helsepersonelloven. Her er det tilsynsmyndighetene som skal vurdere forholdet. Dersom tilsynsmyndighetene finner at helsepersonelloven er brutt, kan de ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Her er det reglene i helsepersonelloven som får anvendelse, derfor gjelder ikke klagereglene i pasientrettighetsloven for disse anmodningene.

1.2.10.4 Frist for anmodning og klage

Fristen for anmodning er 4 uker. Fristen begynner å løpe fra vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning.

Fristen for klage er 3 uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen. Dette gjelder for klage til helsetilsynet i fylket.

1.2.10.5 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens bestemmelser skal, så langt de passer, gjelde for behandling av saker om enkeltvedtak og klage for Helsetilsynets behandling av klagesaker.

Også ved behandling av klage skal forvaltningslovens regler gjelde så langt de passer ved klagenemndas behandling av klagesaker, med mindre særlige bestemmelser er gitt i pasientrettighetsloven kapittel 7.

Er det i pasientrettighetsloven gitt særlige bestemmelser, skal disse gå foran forvaltningslovens generelle bestemmelser, jf. Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 140.

1.2.11 Pasientens rett til å henvende seg til pasient- og brukerombud

Pasientombudordningen ble utvidet fra å gjelde kun spesialisthelsetjeneste til nå også å omfatte kommunale helse- og sosialtjeneste. Grunnen til dette er at selv om Pasientombudet kun omfattet spesialisthelsetjenesten, mottok de mange henvendelser angående kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten, og behovet for et denne ordningen også skulle omfatte disse områdene ble mer aktuelt, jf. Ot.prp. nr 23 (2007-2008) s.7.

Regelendringene medførte kun en utvidelse av virkeområde og ikke en endring i de regler som allerede gjaldt for pasientombudene. Det nye navnet ble Pasient- og brukerombud.

1.2.11.1 Formålet med pasient- og brukerombud

Pasient- og brukerombudets oppgave er å arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjeneste. Dette følger av pasientrettighetsloven § 8-1. I tillegg skal Pasient- og brukerombudet arbeide for å bedre kvaliteten på disse tjenestene.

Hva som menes med begrepet ”pasient” er definert overfor. Begrepet ”bruker” skal forstås i hovedsak som personer som mottar sosialtjenester etter sosialtjenesteloven, jf. Ot.prp. nr 23 (2007-2008) s. 20.

1.2.11.2 Ansvar og arbeidsområde

Staten har ansvaret for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylket, jf. pasientrettighetsloven § 8-2.

Pasient- og brukerombudets arbeidsområde, er som nevnt overfor, innenfor den statlige spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og sosialtjeneste. Hva som faller inn under begrepet ”kommunale helse- og sosialtjenester” er helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven (lov 19.november 1982 nr.66) med unntak av lovens kapittel 4a, og sosialtjenester etter sosialtjenesteloven (lov 13.desember 1991 nr 81), med unntak av lovens kapittel 5 og 5a. Pasient- og brukerombudet skal være et selvstendig og uavhengig organ.

1.2.11.3 Henvendelse

Enhver har rett til å henvende seg til Pasient- og brukerombudet om saker de vil at skal tas opp til behandling. Dette må, som tidligere nevnt, dreie seg om saker innen den statlige spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og sosialtjeneste. Dette følger av pasientrettighetsloven § 8-3. Henvendelsene kan både være muntlig og skriftlig, og vedkommende som henvender seg kan være anonym.

Pasient- og brukerombudet kan også på eget tiltak ta opp saker til behandling. Etter å ha mottatt en henvendelse, er det opp til ombudet om saken tas opp til behandling. Blir ikke saken tatt opp til behandling, skal vedkommende som henvendte seg få underrettelse om dette, og en kort begrunnelse for hvorfor saken ikke behandles, jf. pasientrettighetsloven § 8-4.

1.2.11.4 Pasient- og brukerombudets oppgaver

Pasient- og brukerombudets oppgave er å gi informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde. Dette skal gis til den som ber om det, jf. pasientrettighetsloven § 8-7.

Den som har henvendt seg til ombudet, skal få underretning om deres sak, og en kort redegjørelse for resultatet.

I tillegg kan ombudet ytre sin mening om forhold som hører inn under dennes arbeidsområde. Ombudet kan også komme med forslag om tiltak til forbedring. Pasient- og brukerombudets uttalelser er ikke bindende.

Pasient- og brukerombudet skal også underrette tilsynsmyndighetene om tilfeller som de er påkrevd å følge opp. Pasient- og brukerombudet skal selv bekjentgjøre ordningen. Mitt spørsmål var:

Tabell 17. Kjenner du til Pasient- og brukerombudets rolle i forhold til pasienter som klager? Om så, - kan du beskrive den? (Svar i %.)

	<u>Godkjent</u>	<u>Middels</u>	<u>Vagt</u>	<u>Ikke godkj.</u>	<u>Blankt</u>	<u>Totalt</u>
%	35	15	0	15	35	100

35 % svarte at Pasient- og brukerombudet hadde en rådgivende rolle og at han kunne bistå i klagesaker.

15 % uttrykte at Pasient- og brukerombudet var på pasientens side, men ikke noe utover det.

Resterende viste ikke hvilken rolle Pasient- og brukerombudet har.

Viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om Pasient- og brukerombudets rolle er kanskje ikke så stor. Men jeg mener at dette hadde vært å foretrekke, siden de da kan veilede pasientene til å kontakte Pasient- og brukerombudet dersom pasienten mener det er aktuelt.

1.3 Oppsummering

Motivasjonen til å vedta en egen pasientrettighetslov var blant annet å sikre pasientens rettsikkerhet og rettsstilling, og å øke pasienters kunnskap og tilgjengeligheten for pasienten selv å finne sine rettigheter.

At folk flest ikke kjenner noe spesielt til pasientrettighetsloven var ikke overraskende. Derimot hadde jeg forventet at helsepersonellens kunnskaper om denne loven, var bedre enn det jeg i arbeidet med denne oppgaven, har fått et inntrykk av.

En annen og et mer uventet funn, var det jeg oppfattet som dårlige holdninger blant helsepersonell i forhold til fokus på pasientrettighetsloven. Med det mener jeg blant annet: Lederne på institusjonene jeg tok kontakt med, fulgte ikke opp avtaler, og helsepersonell som mer eller mindre nektet å besvare undersøkelsen. En av grunnene som helsepersonellet brukte for å nekte, var at de ikke hadde kunnskaper om pasientrettighetsloven. Dersom alle hadde blitt pålagt å svare, tror jeg at dette hadde forsterket min påstand om at helsepersonell har for lite kunnskaper om pasientrettighetsloven.

Selv om ressursene i helsevesenet i dag er knappe mener jeg at man må satse mer på opplæring av helsepersonell. Jeg mener at lovverket må ligge som en grunnmur hos helsepersonell, og at den behandling og omsorg de yter må, være i samsvar med denne grunnmuren.

Helsetilsynet har økende fokus på pasientrettighetsloven. Hos pasient- og brukerombudene ser man en økning i antall henvendelser som kommer inn. Dette må ses på som positivt, siden årsaken til dette mest sannsynlig er at pasienter har blitt mer bevisste på sine rettigheter. Men pasientrettighetsloven har vel ikke fått den virkningen som var påtenkt da den ble vedtatt. Noen tiltak er foreslått iverksatt, som for eksempel en egen telefornlinje hvor pasienter kan ringe og spørre om sine rettigheter. Det blir viktig at pasient- og brukerombudene, også i framtiden fortsetter med å opplyse om sin virksomhet. Jeg tror at dersom pasienter blir mer bevisste på sine rettigheter, vil dette igjen øke presset på at helsepersonell må øke sin kunnskap om lovgivningen

Jeg avslutter med et sitat jeg fikk av et av Pasient- og brukerombudene, og som jeg anser meg enig i: ” Pasientrettighetslovens 10 første år, har vært 10 magre år”.

2 Litteraturliste

Lovdata

Norges lover, lovsamling for helse- og sosialsektoren 2008-2009

Syse, Aslak, Pasientrettighetsloven men kommentarer, 2.utgave, Gyldendal akademiske
2007

Kjønstad, Asbjørn, Helserett, 2.utgave, Gyldendal akademiske, 2007.

Årsrapport 2008, Pasientombudet i Nord-Trøndelag

Årsrapport 2007, Pasientombudet i Nord-Trøndelag

Årsrapport 2008, Pasientombudet i Sør-Trøndelag

Årsrapport 2007, Pasientombudet i Sør-Trøndelag

Nasjonal statistikk fra pasientombudene i alle fylker 2008

Rapport rettighetsklager 2008, Helsetilsynet Sør-Trøndelag

Rapport rettighetsklager 2007, Helsetilsynet Sør-Trøndelag

Rapport rettighetsklager 2008, Helsetilsynet Nord-Trøndelag

Rapport rettighetsklager 2007, Helsetilsynet Nord-Trøndelag

NOU 1997:18

Ot.prp. nr 66 (1981-1982)

Ot.prp. nr 10 (1998-1999)

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999)

Ot.prp. nr 13 (1998-1999)

Ot.prp. nr 66 (2000-2001)

Ot.prp. nr 63 (2002-2003)

Ot.prp. nr 23 (2007-2008)

Rt. 1954 s.601

Rt. 1977 s. 1035

Rt. 1981 s. 728

Rt. 1990 s. 874

Rt. 1993 s. 1169

Rt. 1998 s. 1538

